



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Η διερεύνηση της επίπτωσης της φυματίωσης στο
γηγενή πληθυσμό της Λέσβου και σε οικονομικούς
και χωρίς έγγραφα μετανάστες κατά την περίοδο
2006-2009»**

ΣΤΡΑΤΗΓΑΣ ΙΓΝΑΤΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. ΜΩΡΑΪΤΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Η διερεύνηση της επίπτωσης της φυματίωσης στο γηγενή πληθυσμό της Λέσβου και σε οικονομικούς και χωρίς έγγραφα μετανάστες κατά την περίοδο 2006-2009»

ΣΤΡΑΤΗΓΑΣ ΙΓΝΑΤΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ ΜΩΡΑΪΤΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2010

*Την εργασία την αφιερώνω με όλη μου την αγάπη
στη σύζυγο μου Παρασκευή και στα παιδιά μου
Νικόλα και Σταύρο.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	17
1.1. Ιστορική αναδρομή.....	17
1.2. Επιδημιολογία της φυματίωσης.....	18
1.3 Η φυματίωση και η αντιμετώπισή της στη Λέσβο.....	21
1.3.1 Ιστορική αναδρομή.....	21
1.3.2 Σημερινή πραγματικότητα.....	22
1.3.2.1 Γηγενής πληθυσμός	22
1.3.2.2 Οικονομικοί μετανάστες	23
1.3.2.3 Μετανάστες χωρίς έγγραφα	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
1.1. Σκοπός της παρούσας εργασίας και ερευνητικά ερωτήματα.....	37
1.2. Μεθοδολογία.....	37
1.1.1. Το δείγμα και το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας.....	37
1.1.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων της έρευνας.....	38
1.1.3. Στατιστική ανάλυση.....	43
1.1.4. Περιορισμοί.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
2.2 Αποτελέσματα της έρευνας.....	45
2.2.1 Έλληνες κάτοικοι Λέσβου.....	45
2.2.2 Οικονομικοί μετανάστες.....	49
2.2.3 Μετανάστες χωρίς έγγραφα.....	53
2.2.4 Έλληνες και μετανάστες μαθητές.....	56
2.2.5 Ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα.....	61
2.3 Συζήτηση.....	62

2.3.1 Έλληνες κάτοικοι Λέσβου και μετανάστες χωρίς έγγραφα που υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακα.....	62
2.3.2. Έλληνες κάτοικοι Λέσβου.....	64
2.3.3. Οικονομικοί μετανάστες.....	65
2.3.4. Μετανάστες χωρίς έγγραφα.....	69
2.3.5. Έλληνες και μετανάστες μαθητές.....	72
2.3.6. Ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα.....	72
2.4 Συμπεράσματα.....	77
2.5 Προτάσεις.....	79
2.5.1 Σε διεθνές επίπεδο.....	79
2.5.2 Σε εθνικό επίπεδο (επίπεδο κεντρικής κυβέρνησης)	80
2.5.3 Σε τοπικό επίπεδο.....	81
Βιβλιογραφία.....	84

Συντομογραφίες

- AIDS: Acquired immune deficiency syndrome.
- BCG: Bacille Calmette-Guerin.
- Γ.Χ.Σ. : Γιατροί Χωρίς Σύνορα.
- DOTS: Directly Observed Treatment Short Course.
- Ε.Ε.:Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Ε.Κ.Α.Μ. :Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων.
- Ε.Κ.ΕΠ.Υ :Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας
- EMB: Εθαμβουτόλη.
- Ε.Ν.Υ.:Εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- HIV: Human immunodeficiency virus.
- INH: Ισονιαζίδη.
- IRGA: Interferon Gamma realize Assay.
- Κ.Υ. : Κέντρο Υγείας.
- Κ.Ε.Ε.Λ.:Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.:Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Λ.Φ: Λανθάνουσα Φυματίωση.
- Μ.Φ.: Μυκοβακτηρίδιο Φυματίωσης.
- MDR-TB: Multi-Drug Resistant –Tuberculosis.
- NTM : Non Tuberculosis Mycobacterium.
- Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργάνωση Υγείας.
- P.P.D.: Purified Protein Derivative.
- RIF: Ριφαμπικίνη.
- ΣΥ. ΦΑ. Λ: Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Λέσβου.
- SM.: Στρεπτομυκίνη.
- ΦΑ: Φυματινοαντίδραση.
- Φ.Δ.Δ.: Φυματικός Δείκτης Διαμόλυνσης.
- W.H.O. : World Health Organization.
- XDR-TB: Extensively –Drug Resistant-Tuberculosis.

ΠΙΝΑΚΕΣ

	<i>σελ.</i>
Πίνακας 2.1. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου υποβληθέντων σε ακτινογραφία θώρακος ανά ηλικία.	46
Πίνακας 2.2. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου υποβληθέντων σε ΦΑ ανά φύλο και αποτέλεσμα διαμέτρου ΦΑ.	47
Πίνακας 2.3. Αποτελέσματα ΦΑ σε μη εμβολιασθέντες οικονομικούς μετανάστες.	51
Πίνακας 2.4. Αποτελέσματα ΦΑ σε εμβολιασθέντες οικονομικούς μετανάστες.	52
Πίνακας 2.5. Ποσοστιαίες αφίξεις μεταναστών χωρίς έγγραφα.	53
Πίνακας 2.6. Ποσοστιαίες αναλογίες θετικής ακτινογραφίας και ΦΑ σε μετανάστες χωρίς έγγραφα.	54
Πίνακας 2.7. Αποτελέσματα ΦΑ σε μετανάστες χωρίς έγγραφα.	55
Πίνακας 2.8. Κατανομή των μαθητών ανά φύλο, εθνικότητα, ηλικία, τόπο διαμονής και έλεγχο ή μη σε ΦΑ.	57
Πίνακας 2.9. Κατανομή των αποτελεσμάτων ΦΑ σε μαθητές σχολείων της πόλης της Μυτιλήνης ανά εθνικότητα.	58
Πίνακας 2.10. Κατανομή των αποτελεσμάτων ΦΑ σε μαθητές σχολείων χωριών της Λέσβου ανά εθνικότητα.	59
Πίνακας 2.11. Κατανομή των αποτελεσμάτων ΦΑ στο σύνολο των μαθητών.	60
Πίνακας 2.12. Ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ανηλίκων μεταναστών χωρίς έγγραφα	61

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

	<i>σελ.</i>
Γράφημα 2.1. Έλληνες κάτοικοι Λέσβου υποβληθέντες σε ακτινογραφία θώρακος.	46
Γράφημα 2.2. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου υποβληθέντων σε ΦΑ ανά ηλικία, αποτέλεσμα και συχνότητα στην πραγματοποιηθείσα ΦΑ.	47
Γράφημα 2.3. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου που ελάμβαναν αντιφυματική αγωγή και υποβλήθηκαν σε περιοδικό έλεγχο ανά ηλικία.	48
Γράφημα 2.4. Κατανομή οικονομικών μεταναστών που ελέγχθηκαν ανάλογα με το φύλο.	49
Γράφημα 2.5. Κατανομή οικονομικών μεταναστών που ελέγχθηκαν ανάλογα με την ηλικία.	49
Γράφημα 2.6. Κατανομή των μεταναστών χωρίς έγγραφα ανάλογα με το φύλο.	52
Γράφημα 2.7. Κατανομή των μαθητών ανά φύλο.	56

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου καταρχήν στον επιβλέποντα καθηγητή Δρ Μωραΐτη Ευάγγελο για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους με βοήθησαν στη συλλογή των στοιχείων στα οποία βασίστηκε η έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση των κρουσμάτων φυματίωσης, την τελευταία εικοσαετία στις αναπτυγμένες χώρες, σε συνδυασμό με το μεταναστευτικό ρεύμα από χώρες με αυξημένη επίπτωση της νόσου, συνδέει την επίπτωση της φυματίωσης με τη μετανάστευση και δημιουργεί ερωτηματικά για τις εφαρμοζόμενες πολιτικές ελέγχου της νόσου.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

1. Αν είναι αποτελεσματικές οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι ελέγχου της φυματίωσης.
2. Ποιοι είναι οι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου, τόσο ως προς τη μετάδοση της νόσου όσο και ως προς τη νόσηση από αυτή.
3. Ποια προβλήματα απορρέουν από τις εφαρμοζόμενες μεθόδους θεραπείας.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα είχε αναδρομικό χαρακτήρα και πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από Φεβρουάριο έως Μάιο 2010 και αφορούσε στη συλλογή και αξιολόγηση των στοιχείων, ατόμων που προσήλθαν για έλεγχο τυχόν ύπαρξης φυματίωσης κατά το χρονικό διάστημα 2006-2009, τα οποία τηρούνται στα αρχεία:

1. Του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης.
2. Των Κέντρων Υγείας Άντισσας και Πλωμαρίου Λέσβου.
3. Της Διεύθυνσης Υγείας και Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου.
4. Της Αστυνομικής Διεύθυνσης Λέσβου και του Λιμεναρχείου Μυτιλήνης.
5. Του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης μεταναστών χωρίς έγγραφα στην Παγανή Μυτιλήνης.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι καταγραφές που αφορούσαν α) 6.494 έλληνες, β) 1.189 οικονομικούς μετανάστες που ελέγχθηκαν για την ύπαρξη φυματίωσης στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Μυτιλήνης, γ) 30.857 μετανάστες χωρίς έγγραφα στους οποίους έγινε ακτινολογικός έλεγχος κατά την άφιξή τους στην Μυτιλήνη, δ) 2.780 μαθητές, έλληνες και μετανάστες, οι οποίοι ελέγχθηκαν με ΦΑ (φυματινοαντίδραση Mantux) και ε) 126 άτομα, προσωπικό και τροφίμους της Μονάδας Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων Προσφύγων, στην Αγιάσο Λέσβου.

Ευρήματα της εργασίας: Από την εξέταση των στοιχείων της έρευνας βρέθηκαν 112 οικονομικοί μετανάστες και 18 έλληνες με θετική ΦΑ, 25 μετανάστες χωρίς έγγραφα με ευρήματα φυματιώδους μόλυνσης στην ακτινογραφία θώρακος και ταυτόχρονη θετική ΦΑ

καθώς και 4 ανήλικοι πρόσφυγες, με θετική ΦΑ. Σε όλους τους παραπάνω, συστήθηκε φαρμακευτική αγωγή αλλά υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι δεν τηρήθηκε από όλους τους μετανάστες.

Συμπεράσματα-Προτάσεις: Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν την ύπαρξη ικανού αριθμού περιπτώσεων φυματίωσης στη Λέσβο, μικρότερο ποσοστό των οποίων εμφανίζεται στο γηγενή πληθυσμό και μεγαλύτερο στους μετανάστες, γεγονός που το ιε καθιστά πληθυσμό υψηλού κινδύνου ως προς την μετάδοση και τη νόσηση από τη φυματίωση.

Από την έρευνα προκύπτει ότι απαιτείται αναθεώρηση και βελτίωση των πολιτικών ελέγχου και θεραπείας της φυματίωσης που εφαρμόζονται σήμερα στην Ελλάδα σε κεντρικό αλλά και τοπικό επίπεδο. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι ο έλεγχος των μεταναστών χωρίς έγγραφα στα σημεία εισόδου στην χώρα μας γίνεται με ακτινογραφία θώρακα η οποία δεν μπορεί να διαγνώσει την λανθάνουσα μορφή της νόσου, έτσι ώστε σε συνάρτηση με τη χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία να είναι υπαρκτός ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ:

Επίπτωση της φυματίωσης, οικονομικοί μετανάστες, μετανάστες χωρίς έγγραφα, μέθοδοι ελέγχου της φυματίωσης.

ABSTRACT

The increase in TB cases over the last 20 years in developed countries, together with the immigration from countries with high incidence of the disease linking the impact of tuberculosis with migration, questions the applied policies implemented to control the disease.

Purpose of this research:

The research aims to answer the following questions:

1. If the applied control methods of tuberculosis is effective.
2. Who are the high risk populations, so as to transmit the disease as well as to get ill from this.
3. Which problems caused by the applied treatments.

Material and methods:

The research had a retrospective character and was realized with the statistics and evaluations of the peoples' records that came for a check -up for tuberculosis, during the period 2006-2009, which are kept in the files:

1. The General Hospital of Mytilene.
2. In the Health Centre of Antissa and Plomari, Lesbos.
3. At the Address of Health and Welfare of Prefectoral Self -government of Lesbos
4. At the Police Headquarters and at Port Police of Mytilene.
5. At the Administrative Detention Centre of illegal immigrants in Pagani Mytilene..

The sample of research constituted the recordings that concerned 6.494 Greeks and 1.189 legal immigrants that were checked for the existence of TB at the outpatient department of Mytilene hospital, 30.857 illegal immigrants were x-rayed on arrival in Mytilene, 2.780 students, Greeks and legal immigrants who were checked with TST. Also 126 individuals were checked most of whom were staff and unaccompanied minors from the Refugee Unit, Agiasos, and Lesbos.

Findings of this research:

From the examination of the research it was found that 112 legal immigrants and 18 Greeks tested positive with TST, 25 illegal immigrants' findings consistent with TB pulmonary disease and simultaneously positive TST and 4 refugee minors with positive TST.

For all the above cases, medication was recommended but many findings show that it was not received by all the immigrants.

Conclusions - Proposals:

The findings of the present research demonstrate the existence of a sufficient number of TB cases in Lesbos, the smaller proportion of which is presented in the indigenous population and the larger concerning in the immigrants, making them a high-risk population in terms of transmission of the disease and illness from tuberculosis.

The research shows the need for revision and improvement of control methods and treatment of tuberculosis that is applied in Greece today, at central and local level as well as.

An important problem is the fact that control of illegal immigrants at access points in Greece, by x-ray alone can not diagnose latent tuberculosis infection. Although there is a refusal to take the prescription given and there is a real risk of disease transmission caused by these individuals.

KEY WORDS:

Incidence of tuberculosis, legal immigrants, illegal immigrants, methods of TB control.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η φυματίωση είναι λοιμώδης νόσος που προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (Μ.Φ), προσβάλλοντας οποιοδήποτε όργανο του ανθρώπινου σώματος, κυρίως όμως τους πνεύμονες. Η επιβίωσή του μυκοβακτηριδίου διαμέσου των αιώνων λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που διαθέτει (μεγάλη ανθεκτικότητα, μεταβλητότητα της λοιμογόνου δράσης, και ισχυρούς μηχανισμούς άμυνας προστασίας από τον ξενιστή του) [1] το κατέστησε διαχρονικά ως μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας από τα λοιμώδη νοσήματα σε όλο τον κόσμο [2]. Κάθε ασθενής με ενεργό φυματίωση μπορεί να τη μεταδώσει σε 10-15 ανθρώπους κάθε χρόνο, χωρίς αυτοί να αναπτύξουν συμπτώματα [3].

Η μετανάστευση πληθυσμών, από αναπτυσσόμενες χώρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα διαβίωσης του πληθυσμού τους, λόγω φτώχειας, πολέμου κ.α., στις οποίες και ενδημεί το Μ.Φ, με κατεύθυνση την Ευρώπη εγκυμονεί κινδύνους για τη μεταφορά και διασπορά μικροβίων, όπως της φυματίωσης.

Καθώς η Ελλάδα αποτελεί σταυροδρόμι τριών ηπείρων και τα νησιά του βορειοανατολικού Αιγαίου, απέχουν ελάχιστα ναυτικά μίλια από την Τουρκία, η Λέσβος θεωρείται «εύκολος» προορισμός των μεταναστών χωρίς έγγραφα που καταφτάνουν σ' αυτήν κινούμενοι μέσω της Μικράς Ασίας και των τουρκικών παράλιων. Αν σ' αυτό προστεθεί και η αδυναμία των ελληνικών υγειονομικών αρχών για επιδημιολογική επιτήρηση, πρόληψη και θεραπεία [4], είναι αναμενόμενη η αύξηση της εμφάνισης νέων κρουσμάτων φυματίωσης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή της επίπτωσης της φυματίωσης στο γηγενή πληθυσμό της Λέσβου καθώς και στους οικονομικούς μετανάστες και μετανάστες χωρίς έγγραφα¹ για τη χρονική περίοδο 2006-2009, προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν προβλήματα και αδυναμίες του υπάρχοντος μηχανισμού ανίχνευσης και αντιμετώπισής της.

¹ Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 2910/2001 «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια, Κτήση της Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 91, τ. Α') η είσοδος αλλοδαπών στο ελληνικό έδαφος επιτρέπεται μόνον εφόσον διαθέτουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, τα οποία πρέπει να φέρουν εφόσον αυτό απαιτείται, και θεώρηση εισόδου (VISA). Σε διαφορετική περίπτωση χαρακτηρίζονται ως παράνομοι μετανάστες ή λαθρομετανάστες ή μετανάστες «χωρίς χαρτιά» ή μετανάστες «χωρίς έγγραφα». Στην εργασία αυτή οι μετανάστες που δεν έχουν εισέλθει νόμιμα στη χώρα θα αποκαλούνται μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Η έρευνα βασίστηκε στις καταγραφές των αρχείων του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης σχετικά με τον έλεγχο που γίνεται στους μετανάστες, στον τοπικό πληθυσμό και στους νοσηλευόμενους με φυματίωση ασθενείς για το Μ.Φ, (ακτινογραφία θώρακα, φυματινοαντίδραση, κλινική εξέταση) και στα αρχεία της Διεύθυνσης Υγείας και Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου και των Κέντρων Υγείας Πλωμαρίου και Αντισσας (σχετικά με την χρήση ΦΑ πριν την χορήγηση εμβολίου BCG στους μαθητές των δημοτικών σχολείων του νησιού).

Επιπρόσθετα, ερευνήθηκαν αναδρομικά τα αποτελέσματα των ελέγχων (ακτινογραφία θώρακα, κλινική εξέταση) που τηρούνται στο Κέντρο Διοικητικής Κράτησης μεταναστών χωρίς έγγραφα στη Λέσβο και στην Μονάδα Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων Προσφύγων “Villa Azadi”², στην Αγιάσου Λέσβου (με ΦΑ) καθώς και η χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων την ίδια περίοδο από τον Συνεταιρισμό Φαρμακοποιών Λέσβου (ΣΥ. ΦΑ. Λ), και το φαρμακείο του νοσοκομείου Μυτιλήνης.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το Γενικό (θεωρητικό) και το Ειδικό (ερευνητικό).

Στο **Γενικό μέρος** στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται συνοπτική αναφορά στην ιστορική πορεία της νόσου, των τρόπων μετάδοσης, διάγνωσης, πρόληψης, ελέγχου της διασποράς και της θεραπείας της καθώς και αναφορά στους τρόπους αντιμετώπισης της φυματίωσης στη Λέσβο (στο παρελθόν και στη σημερινή εποχή). Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την διερεύνηση της φυματίωσης σε ομάδες πληθυσμών. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τη διερεύνηση της ελληνικής βιβλιογραφίας δεν βρέθηκε παρόμοια έρευνα, η οποία να εστιάζει στην διερεύνηση της επίπτωσης της φυματίωσης σε ένα τόπο στον οποίο συμβιώνουν γηγενής πληθυσμός, οικονομικοί μετανάστες και μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Στο **Ειδικό μέρος** της εργασίας περιγράφεται ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία και οι περιορισμοί της έρευνας στα αρχεία των ασθενών, καθώς και τα αποτελέσματα που προέκυψαν ενώ ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας για τη βελτίωση των τρόπων ανίχνευσης και αντιμετώπισης της φυματίωσης.

² Σπίτι Ελευθερίας.

Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας: Με την έρευνα αυτή προσπαθήσαμε, να προσεγγίσουμε και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τον τρόπο λειτουργίας του υγειονομικού μηχανισμού επιδημιολογικής επιτήρησης της φυματίωσης σε πληθυσμούς κυρίως μεταναστών. Απώτερος σκοπός της έρευνας ήταν ο εντοπισμός τυχόν αδυναμιών και προβλημάτων του μηχανισμού και η διατύπωση προτάσεων για την επίλυσή τους με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

Τα βασικά ερωτήματα της έρευνας ήταν :

- Κατά πόσον είναι αποτελεσματικές οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι ελέγχου της φυματίωσης.
- Ποιοι είναι οι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου, ως προς τη μετάδοση της φυματίωσης και τη νόσηση από αυτή.
- Ποια προβλήματα απορρέουν από τις εφαρμοζόμενες μεθόδους θεραπείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η φυματίωση, νόσος που προσβάλλει και τον άνθρωπο είναι γνωστή από τη νεολιθική εποχή, σύμφωνα με ευρήματα σε απολιθώματα οστών, μούμιες, κ.ά. [5]. Για μεγάλο διάστημα, πίστευαν ότι είναι κληρονομική ασθένεια. Στα τέλη του 19ου αιώνα, αποδείχτηκε ότι η φυματίωση προσβάλλει κυρίως φτωχούς, προλετάριους των μεγάλων πόλεων και είναι μια αρρώστια της εξαθλίωσης και της τρώγλης [6].

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα υπήρξε αύξηση της επίπτωσης της φυματίωσης στις ευρωπαϊκές πόλεις που συσχετίστηκε με την αστυφιλία, τη βιομηχανοποίηση, τις κακές συνθήκες εργασίας και την ανάπτυξη των μέσων συγκοινωνίας. Την ίδια περίοδο στην Ελλάδα, η θνησιμότητα στην Αθήνα και στις υπόλοιπες ελληνικές πόλεις ήταν περίπου 500 θάνατοι / 100.000 κατοίκους, το 1/5 του συνόλου των θανάτων [7].

Τα πρώτα αντιφυματικά φάρμακα σε συνδυασμό με τη βελτίωση της διατροφής και των συνθηκών διαβίωσης βελτίωσαν τους επιδημιολογικούς δείκτες της νόσου σε όλες τις περιοχές του κόσμου [8,9], εμφανίζοντας την προοπτική για πλήρη εκρίζωση του Μ.Φ [10]. Αυτό είχε ως συνέπεια να χαλαρώσουν τα μέτρα επιτήρησης της νόσου από τη δεκαετία του 1970 ως τις αρχές της δεκαετίας του 1980 σε τοπικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο [11], και να υποβαθμιστούν τα αντιφυματικά προγράμματα με αποτέλεσμα εκτός των άλλων την υποδήλωση των κρουσμάτων της νόσου, (δεν γίνονταν καταγραφή των κρουσμάτων της νόσου) τόσο στους ενήλικες [10] όσο και στα παιδιά [12].

Το 1985 η πτωτική πορεία της φυματίωσης σταμάτησε και παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων που κυμάνθηκε μεταξύ 5-30% στις ανεπτυγμένες χώρες η οποία στις αναπτυσσόμενες και ανατολικοευρωπαϊκές χώρες συνεχίζεται [4], με τη μορφή ανθεκτικών και πολυανθεκτικών μορφών του Μ.Φ [13]. Η έξαρση αυτή οφείλεται σε οικονομικούς λόγους (ανεργία, άστεγοι, κ.ά.), στις πολιτικές δημόσιας υγείας (χαλάρωση των αντιφυματικών προγραμμάτων) καθώς και στην έξαρση της HIV νόσου [14].

1.2 Επιδημιολογία της φυματίωσης.

Το πρόβλημα της φυματίωσης παραμένει και σήμερα έντονο σε παγκόσμιο επίπεδο, δεδομένου ότι αποτελεί την υπ' αριθμό ένα λοιμώδη αιτία θανάτου στον κόσμο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ., το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα, αλλά 5 - 10% θα αναπτύξουν νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους [3, 4]. Το 2008 μολύνθηκαν παγκοσμίως από το Μ.Φ 9,4 εκατομμύρια άνθρωποι και 1,8 εκατομμύρια πέθαναν. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου είναι παγκόσμια πρόκληση όπως αυτή τέθηκε από τον Π.Ο.Υ. [16].

Η σύνδεση της νόσου με τη μετανάστευση και την επιδημία του AIDS όπως επίσης η ύπαρξη ανθεκτικής³ MDR-TB (Multi-Drug Resistant –Tuberculosis) και XDR-TB (Extensively – Drug Resistant -Tuberculosis), στα φάρμακα φυματίωσης καθώς και η ύπαρξη της νόσου με την λανθάνουσα μορφή της εγκυμονεί κινδύνους για την δημόσια υγεία στους γηγενείς πληθυσμούς [17]. Πρέπει να σημειωθεί ότι η Λ.Φ⁴ (Λανθάνουσα Φυματίωση) μπορεί να εξελιχθεί σε ασθένεια οποιαδήποτε στιγμή, άρα ο έγκαιρος εντοπισμός ατόμων με Λ.Φ και η θεραπεία τους μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της ασθένειας τουλάχιστον 90% προστατεύοντας την υγεία των ατόμων αλλά και του κοινωνικού συνόλου [18].

Η παγκόσμια αύξηση της νόσου οφείλεται σε λόγους όπως:

- α) Η δυσκολία διάγνωσης της νόσου [12],
- β) η αύξηση του πληθυσμού της γης,
- γ) η εξάπλωση της επιδημίας από τον HIV,
- δ) η κατάρρευση των συστημάτων υγείας στις ανατολικοευρωπαϊκές χώρες

³ Ανθεκτική φυματίωση (Drug resistant): αναφέρεται στις περιπτώσεις της φυματίωσης που είναι ανθεκτική σε ένα από τα φάρμακα πρώτης γραμμής INH, RIF, PRZ, EMB, SM.

Πολυανθεκτική φυματίωση (MDR-TB): Αναφέρεται ως η επιβεβαιωμένη εργαστηριακά αντίσταση του μυκοβακτηριδίου στα δύο πιο ισχυρά φάρμακα πρώτης γραμμής INH, RIF.

Πολυανθεκτική φυματίωση (XDR-TB): Από το 2007 ορίζεται ως η επιβεβαιωμένη εργαστηριακά αντίσταση στην INH, RIF και Fluoroquinolones και είτε σε μία από τις aminoglycosides (Amikacin, Kanamycin), είτε στο Capreomycin, είτε στα και δύο.

⁴ Λανθάνουσα φυματίωση: Είναι η ασυμπτωματική ή με ελάχιστα συμπτώματα εκδήλωση της νόσου. Η ακτινογραφία θώρακα είναι φυσιολογική ή με ελάχιστες αλλοιώσεις. Μπορεί μόνο να διαγνωστεί με τη ΦΑ. Δεν μεταδίδεται η νόσος σε άλλους.

ε) η μεγάλη μεταναστευτική δραστηριότητα από χώρες με αυξημένη επίπτωση της νόσου [19]

στ) η φτώχεια,

ζ) η αύξηση των ομάδων αυξημένου κινδύνου,

η) η αστικοποίηση

θ) η χαλάρωση των αντιφυματικών προγραμμάτων [10] ιδιαίτερα στις υποσαχάριες χώρες [3] στις οποίες ταυτόχρονα υπάρχει δυσκολία στην προμήθεια φαρμάκων και στην εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων [10] ενώ μεγάλο ποσοστό των μολύνσεων θα μπορούσε να αποφευχθεί αν υπήρχε δυνατότητα εμβολιασμού (καθώς αυτός παραμένει σημαντικό εργαλείο ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου [20]) και

ι) Η εμφάνιση της ανθεκτικής φυματίωσης, στους ασθενείς με HIV [19,21] και σε χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου, [19,22] όπως της Αφρικής, της Ανατολικής Ευρώπης κ.ά.[23].

Στις χώρες της Ε.Ε. [24] και στην Ελλάδα [12,25] η θνητότητα⁵ παραμένει χαμηλή. Το 2008 σε σχέση με το 2004 υπήρξε μείωση της επίπτωσης⁶ της φυματίωσης στην Ελλάδα κατά 3,8% για την περίοδο 2004 ως 2008, δεδομένου ότι το 2004 υπήρξαν 774 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού ενώ το 2008 669 /100.000 πληθυσμού [26]. Στον αριθμό των νέων περιπτώσεων περιλαμβάνονται και μετανάστες.

Στο σύνολο των 669 προσβεβληθέντων ατόμων το 2008, γηγενείς ήταν 414 άτομα. Σχετικά με την ηλικία παρατηρείται αυξημένος αριθμός των νέων περιπτώσεων φυματίωσης στις ηλικίες 25-44 ετών καθώς και στις ηλικίες άνω των 64 ετών και στα δύο φύλα. Οι 250 ήταν μετανάστες, στους οποίους οι περισσότερες περιπτώσεις φυματίωσης παρατηρήθηκαν στις ηλικίες μεταξύ των 25-34 ετών [26]. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στις αναπτυγμένες χώρες παρατηρείται αυξημένος αριθμός νέων περιπτώσεων σε ηλικίες άνω των 65 ετών λόγω της επανενεργοποίησης της νόσου σε αυτές τις ηλικίες η οποία σχετίζεται με την γήρανση του ατόμου, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες υψηλότερα ποσοστά φυματίωσης εμφανίζονται μεταξύ των νέων ενηλίκων [23].

Σχετικά με το φύλο των προσβεβληθέντων ατόμων παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό φυματίωσης μεταξύ ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες, με το κλάσμα άντρες / γυναίκες

⁵ Θνητότητα είναι ο ετήσιος αριθμός θανάτων από φυματίωση σε πληθυσμό 100.000 ατόμων.

⁶ Επίπτωση της νόσου εκφράζεται από τον αριθμό των νέων ατόμων που νόσησαν σ' ένα έτος και αναφέρεται σε πληθυσμό 100.000 ατόμων.

να ισούται με 1.9 στο γηγενή πληθυσμό και με 2.4 στους μετανάστες [26], συμβαδίζοντας με τα ευρήματα σε παγκόσμιο επίπεδο αποδεικνύοντας έτσι την συχνότερη έκθεση των αντρών στη φυματίωση [23].

Το πρόβλημα της φυματίωσης στην Ελλάδα είναι υπαρκτό. Αυτό που δεν μπορεί να εκτιμηθεί είναι το μέγεθός του, παρόλο που η φυματίωση στην Ελλάδα αποτελεί υποχρεωτικά δηλούμενο νόσημα [27]. Τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) δεν είναι ακριβή, διότι δηλώνεται μόνο ένα ποσοστό του συνόλου των κρουσμάτων. Αυτό έχει ως συνέπεια να υποτιμάται η πραγματική συχνότητα της νόσου, και να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τις άλλες παραμέτρους της (ανθεκτικότητα, πολυανθεκτικότητα, αλλά και η συχνότητα σε ομάδες υψηλού κινδύνου) [19,28,29].

Ο Π.Ο.Υ. δεν δέχεται τον αριθμό των δηλωμένων κρουσμάτων της νόσου από τις αρμόδιες Ελληνικές υπηρεσίες ανεβάζοντας τον σε 19 περιπτώσεις /100.000 πληθυσμό. Το γεγονός αυτό καθιστά αδύνατη την επίτευξη των στόχων που έχει θέσει ο Π.Ο.Υ. δηλαδή την ανίχνευση του 70% των νέων περιπτώσεων και την επιτυχή θεραπεία του 85% αυτών ώστε να υπάρξει έλεγχος της νόσου [4].

Οι συνέπειες της νόσου είναι:

A. Επιδημιολογικές γιατί αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης και κατανομής της νόσου στον υγιή πληθυσμό.

B. Οικονομικές οι οποίες χωρίζονται στο:

1. Άμεσο ιατρικό κόστος το οποίο περιλαμβάνει τις ιατρικές επισκέψεις και την θεραπεία.
2. Έμμεσο κόστος το οποίο περιλαμβάνει την κατ' οίκον νοσηλεία η οποία επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό και την οικογένεια. Το έμμεσο οικονομικό κόστος της νόσου είναι μεγαλύτερο γιατί περιορίζει τον ασθενή στο σπίτι του και δεν μπορεί να εργαστεί.

Γ. Κοινωνικό κόστος ως αποτέλεσμα της μη ικανότητας του ατόμου για εργασία, κοινωνικού αποκλεισμού [4].

Ένα σημαντικό πρόβλημα των συστημάτων υγείας είναι η μη επαρκής διαχείριση των μολυσματικών ατόμων. Ενώ ο Π.Ο.Υ. προωθεί την εφαρμογή της άμεσα επιτηρούμενης

θεραπείας DOTS ((Directly Observed Treatment Short Course) η επιτυχία της εξαρτάται από τον αριθμό του διαθέσιμου υγειονομικού προσωπικού (γιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας) αλλά και τη σχετική εργαστηριακή υποδομή [30].

1.3 Η φυματίωση και η αντιμετώπισή της στη Λέσβο

1.3.1 Ιστορική αναδρομή.

Η Λέσβος, νησί του Βορειοανατολικού Αιγαίου Πελάγους, με πρωτεύουσα τη Μυτιλήνη, έχει έκταση 1.636 τετραγωνικά χλμ. και είναι το τρίτο σε μέγεθος νησί της Ελλάδας. Ο πληθυσμός της ανέρχεται στους 90.634 κατοίκους (απογραφή 2001).

Ιστορικά η εικόνα της φυματίωσης στην Λέσβο τον 20^ο αιώνα δεν ήταν διαφορετική από τα περισσότερα μέρη της Ελλάδας. Το 1921 σε σύνολο 2.282 θανάτων οι 176 ήταν από φυματίωση. Την περίοδο 1925-1931 το ποσοστό των θανάτων κυμαίνονταν από 13-16% / 10.000 κατοίκους, χωρίς αυτό να είναι από τα υψηλότερα στην Ελλάδα [31]. Το 1924 ιδρύθηκε φθισιατρείο⁷ στη Μυτιλήνη ενώ το 1925 δημιουργήθηκε το σωματείο η «Στέγη Φυματιώντων», για την στήριξη των φυματικών και των συγγενών τους. Το 1929 ξεκίνησε η κατασκευή του αντιφυματικού θεραπευτηρίου «Η Υγεία» στην Αγιάσο Λέσβου που το 1938 λειτούργησε με 40 κλίνες. Το 1958 μετά από προσθήκη, διέθετε 120 κλίνες. Το 1936 για τις ανάγκες νοσηλείας των φυματικών της εποχής, λειτούργησε στο νοσοκομείο Μυτιλήνης παράρτημα για το σκοπό αυτό [31].

Σταδιακά, όπως συνέβη και στον υπόλοιπο κόσμο, η λειτουργία του θεραπευτηρίου «Η Υγεία», σταμάτησε και μετατράπηκε σε ίδρυμα για την φιλοξενία «ανιάτων» ατόμων. Στο κτίριο του, μετά από ανακαίνιση, σήμερα στεγάζεται η Μονάδα Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων Προσφύγων “Villa Azadi” («Σπίτι Ελευθερίας») για ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά έως 17 ετών, η οποία λειτούργησε στις 10/7/2008 και μέχρι στιγμής είναι η μοναδική στην Ελλάδα [32]. Από τη δεκαετία του 1960 και μετά δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για την πορεία της φυματίωσης στη Λέσβο και θεωρούμε ότι η πορεία της ήταν πτωτική αντίστοιχα με την υπόλοιπη Ελλάδα.

⁷ Τα φθισιατρεία της εποχής ήταν ιδρύματα με σημαντική συμβολή στην πρόληψη της νόσου προσπαθώντας να αναπληρώσουν την έλλειψη μέτρων από το κράτος. Ο όρος «φθισιατρείο» οφείλεται στο ότι την φυματίωση την αποκαλούσαν και «φθιση», όρο που πρώτος χρησιμοποίησε ο Ιπποκράτης.

1.3.2 Σημερινή πραγματικότητα.

1.3.2.1 Γηγενής πληθυσμός.

Σήμερα στη Λέσβο ο έλεγχος της φυματίωσης, στους ενήλικες, γίνεται παθητικά καθώς δεν υπάρχουν προγράμματα προληπτικού ελέγχου, έτσι μόνο όταν πρόκειται να εκδοθεί πιστοποιητικό υγείας από τις αρμόδιες υπηρεσίες στους ενδιαφερόμενους πολίτες, απαιτείται ιατρική εξέταση και ακτινογραφία θώρακος. Η εξέταση πραγματοποιείται στο εξωτερικό παθολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης το οποίο είναι το μοναδικό νοσοκομείο που εξυπηρετεί τις ανάγκες του νησιού. Τα 4 Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία που υπάρχουν στο νησί δεν εκδίδουν ιατρικές βεβαιώσεις υγείας. Αν προκύψει ακτινογραφία θώρακα με ενδείξεις φυματίωσης, τότε γίνεται παραπομπή του ασθενούς για πνευμονολογική εξέταση.

Στα παιδιά η υπηρεσία υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου καθώς και οι επισκέπτες υγείας των Κ.Υ. Πλωμαρίου και Άντισσας, κάθε χρόνο μετά από εντολή του Υπουργείου Υγείας, πραγματοποιούν εμβολιασμούς με BCG στις πρώτες τάξεις των δημοτικών σχολείων του νησιού, μετά από έλεγχο που γίνεται με ΦΑ. Σε περίπτωση θετικής ΦΑ γίνεται παραπομπή στο νοσοκομείο ώστε να γίνει έλεγχος από τους πνευμονολόγους.

Στα ύποπτα για φυματίωση άτομα, στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης, μπορεί να πραγματοποιηθεί η μέθοδος της μικροσκοπικής εξέτασης των πτυέλων ενώ ταυτόχρονα γίνεται αποστολή δείγματος πτυέλων στο Ε.Κ.Α.Μ. (Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων), όπου και τίθεται η οριστική διάγνωση της νόσου, διαδικασία η οποία ολοκληρώνεται σε περίπου 40 ημέρες. Ο ασθενής μέχρι τότε νοσηλεύεται σε χώρο απομόνωσης στο νοσοκομείο λαμβάνοντας την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Η θεραπεία της ενεργού φυματίωσης γίνεται από τους γιατρούς του νοσοκομείου, ενώ για την θεραπεία της Λ.Φ εμπλέκονται πολλοί ιδιώτες γιατροί του νησιού καθώς δεν είναι υποχρεωτική η νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο. Υπάρχει δυνατότητα απομόνωσης των ασθενών με φυματίωση σε μονόκλινους θαλάμους οι οποίοι όμως δεν διαθέτουν τα απαραίτητα για το αυτό σκοπό ειδικά κλιματιστικά συστήματα, παρά μόνο απλά κλιματιστικά μηχανήματα. Τις περισσότερες φορές γίνεται παραπομπή του ασθενούς στο Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

1.3.2.2 Οικονομικοί μετανάστες

Τα τελευταία χρόνια η συλλογή του ελαιοκάρπου το χειμώνα και η τουριστική περίοδος το καλοκαίρι δημιούργησαν αυξημένες ανάγκες σε εργατικά χέρια, και σε συνδυασμό με τις συνθήκες που δημιουργήθηκαν από την κατάρρευση του «ανατολικού μπλοκ», το νησί έγινε πόλος έλξης πολλών νόμιμων μεταναστών από την Αλβανία και την υπόλοιπη ανατολική Ευρώπη, όπως αντίστοιχα συνέβη και σε άλλα μέρη της Ελλάδας.

Για τη νόμιμη παραμονή των μεταναστών στην Ελλάδα, εκτός των άλλων, απαιτείται πιστοποιητικό υγείας το οποίο για την έκδοσή του χρειάζεται ιατρική εξέταση, ακτινογραφία θώρακος και ΦΑ. Η εξέταση πραγματοποιείται στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης, στο εξωτερικό πνευμονολογικό και παθολογικό ιατρείο.

Τα παιδιά των οικονομικών μεταναστών ελέγχονται όπως αυτά του γηγενή πληθυσμού με τα προγράμματα εμβολιασμών που πραγματοποιούνται στα σχολεία, αλλά και στα εξωτερικά ιατρεία του παιδιατρικού τμήματος προκειμένου να τους χορηγηθεί ιατρική γνωμάτευση για την εγγραφή τους στο σχολείο.

Πρέπει να επισημανθεί ότι οι μετανάστες έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είτε γιατί πολλοί από αυτούς είναι ανασφάλιστοι,⁸ είτε γιατί είναι μεγάλο το διάστημα αναμονής (ραντεβού) και το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων, είτε γιατί έχουν προβλήματα γλωσσικής επικοινωνίας. Σε περίπτωση που εντοπιστεί άτομο με Λ.Φ ή και με φυματίωση ακολουθείται η ίδια διαδικασία με τον γηγενή πληθυσμό, με την διαφορά ότι συνήθως δεν πηγαίνουν σε ιδιώτες γιατρούς λόγω του οικονομικού κόστους, καθώς το κόστος της επίσκεψης στο νοσοκομείο είναι ελάχιστο.

1.3.2.3 Μετανάστες χωρίς έγγραφα

⁸ Προϋπόθεση για την έκδοση άδειας παραμονής στην Ελλάδα αποτελεί η ασφαλιστική κάλυψη των οικονομικών μεταναστών, με κύριο ασφαλιστικό φορέα το Ι.Κ.Α. μέσω του οποίου δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όμως η μεγάλη έκταση της άτυπης και ανασφάλιστης εργασίας έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη ανασφάλιστων οικονομικών μεταναστών οι οποίοι δεν τυγχάνουν της ανάλογης ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. [93]

Η μικρή απόσταση από την Τουρκία κάνει την Λέσβο, σημαντικό προορισμό μεταναστών χωρίς έγγραφα, στόχος των οποίων είναι η μετάβασή τους στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.

Κανένας εξ' αυτών δεν διαθέτει έγγραφα ή στοιχεία που να πιστοποιούν την ταυτότητά του, και τη χώρα καταγωγής του γεγονός που τους δίνει τη δυνατότητα να δηλώσουν οποιαδήποτε υπηκοότητα επιθυμούν (συχνά δηλώνουν πρόσφυγες από εμπόλεμες περιοχές π.χ. Σομαλία ή Παλαιστίνη), ώστε να ζητήσουν άσυλο και αναγνωρισμένοι πλέον ως πρόσφυγες να μπορούν να κινούνται ελεύθερα εντός της Ε.Ε.[33]. Επιπλέον η Τουρκία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν εφαρμόζει το πρωτόκολλο επανεισδοχής Ελλάδας Τουρκίας [34] το οποίο είχε υπογραφεί μεταξύ των Υπουργών Εξωτερικών Ελλάδας και Τουρκίας στις 8/11/2001 για την καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης, το οποίο κυρώθηκε με το νόμο 3030/2002 [35], με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται μεγάλος αριθμός μεταναστών χωρίς έγγραφα στα σημεία εισόδου στη χώρα, όπως η Λέσβος.

Όσοι από τους μετανάστες χωρίς έγγραφα διαθέτουν χρήματα μετά την άφιξή τους στη Λέσβο, προωθούνται με τη βοήθεια ντόπιων «διακινητών» μέχρι το λιμάνι του Πειραιά. Η παράνομη αυτή διακίνηση δημιουργεί μεταξύ άλλων πρόβλημα στον έλεγχο της υγείας των μεταναστών χωρίς έγγραφα με ότι αυτό συνεπάγεται για την δημόσια υγεία.

Οι μετανάστες χωρίς έγγραφα μετά την άφιξή τους στη Λέσβο, υποβάλλονται σε ακτινολογικό έλεγχο. Τα παιδιά έως 15 ετών όπως και οι έγκυες γυναίκες υποβάλλονται σε κλινική εξέταση. Μέχρι τα τέλη του 2009 οδηγούνταν στο Κέντρο Διοικητικής Κράτησης στην Παγανή Μυτιλήνης όπου παρέμεναν για διάστημα 2 περίπου μηνών υπό περιορισμό των μετακινήσεών τους, μέχρι την μεταφορά τους σε αντίστοιχα κέντρα στην Αθήνα.

Αθρόα εισροή μεταναστών μετά το 2006 είχε μετατρέψει τις ανεκτές μέχρι τότε συνθήκες της διαβίωσης τους στην Παγανή σε άθλιες. Σε ένα χώρο αποθήκη συνωστίζονταν 800 άνθρωποι, ενώ η δυνατότητα ήταν για 300 [36]. Η οργάνωση Γ.Χ.Σ. (Γιατροί Χωρίς Σύνορα) κατάγγειλε το γεγονός το 2008 και 2009 όχι μόνο για την Λέσβο, αλλά και για τα άλλα κέντρα κράτησης στην Ελλάδα [37,38]. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με τα στοιχεία που παραχωρήθηκαν από την αστυνομία, το 2008 στη Λέσβο, συνελήφθησαν 13.252 μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Οι άθλιες συνθήκες διαμονής των μεταναστών χωρίς έγγραφα οδήγησε στο διασυρμό της Λέσβου παγκοσμίως [39], στο κλείσιμο του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης στην Παγανή στα τέλη του 2009 και στην ενεργοποίηση των διαδικασιών για την κατασκευή ενός σύγχρονου κτηρίου υποδοχής [40].

Από τις αρχές του 2010 οι μετανάστες χωρίς έγγραφα μετά τον ιατρικό έλεγχο προωθούνται στην Αθήνα ή την Χίο με άδεια προσωρινής παραμονής στην Ελλάδα και την εντολή επιστροφής στη χώρα τους εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος⁹, η οποία όμως σπάνια εκτελείται.

Σε όσους διαπιστωθεί μόλυνση από Μ.Φ χορηγείται θεραπευτική αγωγή και απομόνωση στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης, (ή σε χώρο απομόνωσης του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης όσο διάστημα αυτό λειτουργούσε), μέχρι την λήψη των αποτελεσμάτων και την οριστική διάγνωση της νόσου από το Ε.Κ.Α.Μ.. Πολλοί δε από αυτούς μεταφέρονταν σε νοσοκομείο των Αθηνών για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία.

Πρέπει να επισημανθεί ότι στη Λέσβο δίνονταν το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής που απαιτούνταν για διάστημα εννέα μηνών στους πάσχοντες, αλλά λόγω του γεγονότος ότι μετά την αναχώρησή τους από το νησί δεν είχαν σταθερό τόπο διαμονής, οι υπηρεσίες του νησιού δεν ήταν σε θέση να ελέγξουν την θεραπευτική πορεία της νόσου στα άτομα αυτά. Υπήρχαν ενδείξεις ότι δεν συνέχιζαν την θεραπεία, με υπαρκτό τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών της νόσου, για λόγους οι οποίοι δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως και που πιθανώς να ήταν η έλλειψη χρημάτων, κοινωνικός στιγματισμός, παρενέργειες των φαρμάκων κ.ά. Για τους λόγους αυτούς αποτελούν εστίες διασποράς της νόσου κυρίως μεταξύ τους και σε μικρότερο βαθμό στο γηγενή πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το θέμα της φυματίωσης και ειδικότερα η διερεύνηση της σε ομάδες πληθυσμών καλύπτει μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας (διεθνούς και ελληνικής), σημαντικό μέρος της οποίας, την τελευταία δεκαετία κυρίως στον ευρωπαϊκό χώρο, αφορά στον έλεγχο της φυματίωσης σε ομάδες μεταναστών.

⁹ Τα χρονικά όρια που τίθενται είναι 6 μήνες με δυνατότητα 12μηνης παράτασης.

Με δεδομένο ότι η φυματίωση εξακολουθεί να αποτελεί απειλή για τη δημόσια υγεία, η πρόληψη θα βοηθήσει στη μείωση της επίπτωσης της, ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες, καθώς μειώνοντας τον πληθυσμό που μπορεί να τη μεταδώσει προστατεύονται έμμεσα τα υπόλοιπα άτομα της κοινότητας. Έτσι η πρόληψη επιδρά θετικά στους δείκτες υγείας του πληθυσμού μειώνοντας τη θνησιμότητα και νοσηρότητα που προκαλεί η φυματίωση, καθώς και το οικονομικό κόστος, ενώ αυξάνει την παραγωγικότητα του ενεργού πληθυσμού, προστατεύοντας εντέλει τη δημόσια υγεία.

Η απλή ακτινογραφία θώρακα αποτελεί βασική εξέταση για την διάγνωση της νόσου [41,42]. Θα πρέπει να γίνεται σε συγγενείς ασθενών με φυματίωση και σε συγγενείς παιδιών με θετική ΦΑ [43]. Στη χώρα μας είναι υποχρεωτική η ακτινογραφία θώρακος σε άτομα υψηλού κινδύνου και σε άτομα που αν νοσήσουν θα έχουν σημαντικό πεδίο διασποράς της νόσου (π.χ. εκπαιδευτικοί, υγειονομικό προσωπικό, κ. ά.) [4]. Επίσης είναι υποχρεωτική στον ιατρικό έλεγχο που γίνεται πριν το διορισμό στο Δημόσιο, για την έκδοση βιβλιαρίου ασφάλισης, για την έγγραφη σε ανώτερες – ανώτατες σχολές κ. ά. [44].

Με σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ακτινογραφίας θώρακα οι Magkanas και συν [44] διερεύνησαν την αξία της ακτινογραφίας θώρακος, σε ασυμπτωματικούς ασθενείς (Έλληνες και μετανάστες) στο Ηράκλειο Κρήτης, για τη διάγνωση της φυματίωσης. Σε σύνολο 4.338 ασυμπτωματικών ατόμων που εξετάστηκαν, εκ των οποίων το 56,8% ήταν Έλληνες και το 43,2% ήταν μετανάστες ηλικίας 18-74 ετών, δεν βρέθηκε θετική ακτινογραφία για φυματίωση (ενεργός) στο 94,7% των εξετασθέντων. Κλινικά σημαντικά ευρήματα αναφέρθηκαν σε τέσσερις περιπτώσεις (0,08%). Βρέθηκαν περιπτώσεις παλιάς φυματίωσης που ήταν υψηλές σε Έλληνες, σε σχέση με τους μετανάστες, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συμπέρασμα της παραπάνω έρευνας ήταν ότι η ακτινογραφία ως μέθοδος διερεύνησης της φυματίωσης στον τοπικό πληθυσμό, με χαμηλή επικράτηση της νόσου, δεν έχει διαγνωστική αξία και προτείνεται η εγκατάλειψη της, καθώς μπορεί να είναι επιβλαβής στην υγεία των ανθρώπων. Επίσης δεν επιβεβαιώθηκαν αισθητά υψηλότερα ποσοστά φυματίωσης σε μετανάστες, σε σύγκριση με τον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος αν και επισημαίνουν ότι χρειάζονται περισσότερες μελέτες για το θέμα, αμφισβητούν την αξία εφαρμογής αυτής της

μεθόδου διερεύνησης της φυματίωσης.

Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στην πρόληψη της φυματίωσης είναι σημαντικά. Η μέθοδος ελέγχου της νόσου με φυματινοαντίδραση Mantoux αποτελεί την μέθοδο εκλογής για το σκοπό αυτό. Με αυτήν μπορούμε να πετύχουμε την έγκαιρη ανίχνευση των ατόμων που έχουν προσβληθεί από πρωτοπαθή¹⁰ φυματίωση και έμμεσα των ατόμων του περιβάλλοντός τους, και αποτελεί χρήσιμο στοιχείο που θα μας υποδείξει την ανάγκη εκτέλεσης ακτινογραφίας [41]. Με τη μέθοδο αυτή μπορούμε να ελέγξουμε πρόσφατες μολύνσεις, ιδίως σε παιδιά.

Η ΦΑ έχει εφαρμογή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση της παιδικής ηλικίας. Οι Brassard και συν [45] σε αναδρομική μελέτη σε σχολικό πρόγραμμα διαλογής φυματίωσης στον Καναδά την περίοδο 1998-2003, πραγματοποίησε αξιολόγηση εφαρμοσμένου σχολικού προγράμματος για τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε παιδιά με υψηλό κίνδυνο για λοίμωξη από φυματίωση στο Μόνρεαλ του Καναδά, διερευνώντας στη συνέχεια το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και συγγενείς των μαθητών, στους οποίους βρέθηκε ότι έχουν μολυνθεί, με βάση την τήρηση της θεραπείας και την ανάλυση κόστους-κέρδους.

Στην έρευνα συμμετείχαν νεοαφιχθέντες μετανάστες παιδιά (ηλικίας 4-18 ετών), σε επιλεγμένα σχολεία, που εξετάστηκαν για Λ.Φ με τη χρήση ΦΑ (θεωρήθηκε θετική $\geq 10\text{mm}$ και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση) την περίοδο 1998 – 2003. Από τα 2.524 παιδιά των μεταναστών που ελέγχθηκαν, τα 542 (21%) ήταν θετικά. Τα 342 παιδιά έλαβαν θεραπεία, που στα 316 (92%) αποδείχθηκε επαρκής. Ερευνήθηκαν 599 συγγενείς των 484 θετικών μαθητών. Από αυτούς σε 555 έγινε ΦΑ η οποία στους 211 (38%) διαπιστώθηκε ότι ήταν θετική. Οι 108 (82%) ξεκίνησαν τη θεραπεία Λ.Φ .

Τα συμπεράσματα της έρευνας κατέδειξαν την αποτελεσματικότητα, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής αποτελεσματικότητας, σε στοχοθετημένα προγράμματα διαλογής της φυματίωσης σε παιδιά σχολικής ηλικίας σε χώρες με χαμηλή επίπτωση της νόσου καθώς

¹⁰ Ο όρος Πρωτοπαθής φυματίωση τείνει τα τελευταία χρόνια να αντικατασταθεί με τον όρο λανθάνουσα φυματίωση (Λ.Φ) για το λόγο ότι αυτή η μορφή απαιτεί θεραπεία και όχι παρακολούθηση.

επίσης υπήρξε πρόσθετο όφελος από τον έμμεσο έλεγχο που μπορεί να γίνει στους συγγενείς των μαθητών.

Οι Spyridis και συν [46] αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση της παιδικής ηλικίας και τον αντίκτυπό τους στον επιδημιολογικό δείκτη. Σε συνολικά 1.122 παιδιατρικούς ασθενείς εκτός των άλλων παρατήρησαν μια αύξηση των μολύνσεων σε παιδιά μεταναστών (28%) σε σχέση με τα παιδιά του γηγενή πληθυσμού (3%) την περίοδο 1991-1999. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι τα προγράμματα διαλογής που εφαρμόζονται στην Ελλάδα συμβάλουν στην έγκαιρη αναγνώριση μολυσμένων ατόμων από την φυματίωση, στον περιορισμό των συμπτωματικών ασθενών καθώς και αυτών με εξωπνευμονική μορφή φυματίωσης.

Επίσης η ΦΑ σε συνδυασμό με την ακτινογραφία θώρακος έχει εφαρμογή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση σε μετανάστες και σε μετανάστες χωρίς έγγραφα. Οι Δρίτσας και συν [47] εκπόνησαν μελέτη σκοπός της οποίας ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού των ηπατίτιδων Β και C, της HIV- λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους μετανάστες χωρίς έγγραφα των Αθηνών. Εκτός των άλλων, από τους 102 αλλοδαπούς που ελέγχθηκαν για φυματίωση, οι 48 (47%) είχαν θετική ΦΑ ενώ θετική ακτινογραφία θώρακος και θετικά πτύελα για Μ.Φ είχαν 11 (10,7%) από αυτούς. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι ο επιπολασμός των νόσων αυτών είναι σημαντικός και ότι θα πρέπει να προκαλέσει προβληματισμό γιατί η χώρα μας αποτελεί σοβαρή δεξαμενή μεταναστών.

Η Φυματινοαντίδραση Mantoux (ΦΑ) αποτελεί σημαντικό μέσο για την ανίχνευση της πρωτοπαθούς φυματίωσης [18]. Είναι αντίδραση υπερευαισθησίας επιβραδυνόμενου τύπου έναντι του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης που ελέγχεται μετά από 48-72 ώρες. Μια θετική φυματινοαντίδραση με διάμετρο >15mm είναι πιθανότερο ότι έχει προκληθεί από μόλυνση από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης έστω και αν προηγουμένως έχει προηγηθεί εμβολιασμός με BCG. Αυτό δεν ισχύει για πρόσφατο εμβολιασμό [48].

Οι Αιναζις και συν [49] πραγματοποίησαν έρευνα με θέμα την αξιολόγηση της ΦΑ σε 65.401 παιδιά που δεν είχαν εμβολιαστεί με BCG, ηλικίας 0-7 ετών που πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2001-2005 στη Βόρειο Ελλάδα. Από αυτά παιδιά τα 8.018 ήταν ηλικίας 0-5 ετών και τα 57.383 ηλικίας 6-7 ετών. Από την πρώτη ηλικιακή ομάδα 19 παιδιά είχαν

διάμετρο ΦΑ 5-9mm, 42 είχαν διάμετρο ΦΑ 10-25mm και από τη δεύτερη ηλικιακή ομάδα 62 παιδιά είχαν διάμετρο ΦΑ 5-9mm, ενώ 186 παιδιά είχαν διάμετρο ΦΑ 10-30mm. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ένα μεγάλο αριθμό παιδιών με θετική ΦΑ πάνω από 10mm και στις δύο ηλικιακές ομάδες, γεγονός που σημαίνει ότι το πρόβλημα της φυματίωσης είναι υπαρκτό στην Ελλάδα. Η εμφάνιση αντίδρασης της ΦΑ μέχρι 30 mm αποκάλυψε έκθεση παιδιών σε ενήλικες ασθενείς με φυματίωση κυρίως μετανάστες από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Η μη σωστή εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η έλλειψη εμπειρίας, ως προς την τεχνική εφαρμογής της ΦΑ και την εκτίμηση του αποτελέσματός της, μπορεί να θέσει υπό αμφισβήτηση το αποτέλεσμα της [43].

Οι Mantadakis και συν [50] σε αναδρομική μελέτη στον Έβρο σχετικά με τα αποτελέσματα της ΦΑ σε 8.588 μαθητές ηλικίας 6-7 ετών την περίοδο 1988-2004, έλεγξαν και άλλους παράγοντες οι οποίοι τυχόν συσχετίζονται με θετικότητα της αντίδρασης της ΦΑ όπως φύλο (άνδρες –γυναίκες), εθνική καταγωγή (μετανάστες –γηγενής πληθυσμός), τόπος κατοικίας (αστική - ημιαστική – ύπαιθρος). Τα αποτελέσματα της έρευνας στα 8.588 παιδιά, εκ των οποίων το 47,1% ήταν κορίτσια, έδειξαν ότι η θετικότητα της ΦΑ ήταν ανεξάρτητη του φύλου. Η διαφορά στη θετικότητα ΦΑ μεταξύ παιδιών του γηγενούς πληθυσμού και των μεταναστών που γεννήθηκαν την περίοδο 1993 -2004 ήταν ιδιαίτερα σημαντική, καθώς στα παιδιά των μεταναστών υπήρχαν περισσότερες θετικές ΦΑ. Το ποσοστό των παιδιών με θετική ΦΑ κορυφώθηκε σε 13% το 1995, και συνέπεσε με τον επαναπατρισμό των Ελλήνων από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης που πήγαιναν σε ελληνικά σχολεία.

Διαφορές βρέθηκαν και μεταξύ των παιδιών που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές (8.1%),σε ημιαστικές (6,4%) και αστικές (3,5%). Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι η αύξηση των περιπτώσεων θετικής ΦΑ οφείλεται στην εισδοχή των παιδιών των μεταναστών που πήγαιναν σε ελληνικά σχολεία. Τα σχολικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου της φυματίωσης θα πρέπει να συνεχιστούν στην Ελλάδα, λόγω του ότι η επικράτηση της φυματίωσης παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια των ετών. Μια θετική ΦΑ θα πρέπει να ερμηνεύεται προσεκτικά και σύμφωνα με το ιστορικό του εξεταζόμενου ώστε να μην υπάρχουν λανθασμένα συμπεράσματα και υποβάλλεται ο εξεταζόμενος σε άνευ λόγου θεραπεία.

Οι Tissot και συν [48] πραγματοποίησαν έρευνα στην Ελβετία από το 1991-1998 σχετικά με την επιρροή του εμβολιασμού με BCG στο μέγεθος της αντίδρασης στην ΦΑ σε νέους υπαλλήλους του τομέα υγείας. Σε σύνολο 5.117 ατόμων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο εμβολιασμός με BCG επηρεάζει θετικά την ΦΑ όπως επίσης την επηρεάζει η προηγούμενη μόλυνση και το ταξίδι και διαμονή σε χώρες με υψηλά ποσοστά φυματώσης. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι θα πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά οι περιπτώσεις με διάμετρο ≤ 18 mm σε εμβολιασμένα άτομα ηλικίας ≤ 40 ετών, και σε χώρες με χαμηλή επίπτωση της νόσου η οποία μπορεί να είναι συνέπεια παλαιότερου εμβολιασμού και όχι νόσου, εκτός εάν δεν έχει προηγηθεί εμβολιασμός.

Ο εμβολιασμός αποτελεί μέθοδο πρόληψης της νόσου, ο οποίος εφαρμόζεται σε συνδυασμό με την ΦΑ. Το 1921 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το εμβόλιο BCG του οποίου η χρήση επεκτάθηκε σε όλο τον κόσμο [51]. Η προστατευτική δράση του εμβολίου ειδικά στην μηνιγγιτιδική μορφή της νόσου είναι υψηλή καθώς σύμφωνα με μελέτες κυμαίνεται μεταξύ 73 – 99 %. Στην πνευμονική μορφή της νόσου παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση, μεταξύ 0 – 80 %. [52,53] αλλά παραμένει σημαντικό εργαλείο ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου [52] όπου συστήνεται ο εμβολιασμός κατά την γέννηση [54].

Στην Ελλάδα το εμβόλιο BCG περιλαμβάνεται στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών από το 1960. Παρόλα αυτά δεν υπήρξε ποτέ συστηματική επίβλεψη της εφαρμογής του [4].

Οι Παναγιωτόπουλος και συν [55] εκπόνησαν μελέτη, σε Εθνικό επίπεδο, σχετικά με την κατάσταση εμβολιασμού και συχνότητας φυματικής λοίμωξης στα παιδιά σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.878 παιδιών πρώτης τάξης δημοτικού και 923 παιδιών τρίτης τάξης Γυμνασίου από όλη την Ελλάδα. Ως προς τη συχνότητα φυματικής λοίμωξης, έγινε εκτίμηση του ετήσιου κινδύνου μόλυνσης από το Μ.Φ στους μαθητές της πρώτης τάξης των Δημοτικών σχολείων στους οποίους διενεργήθηκε ΦΑ στα πλαίσια του σχολικού προγράμματος για τον εμβολιασμό των μαθητών με BCG. Βρέθηκε χαμηλός κίνδυνος μόλυνσης από το Μ.Φ (0,067%), ίδιος με αυτόν που βρέθηκε σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό της νόσου, με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο σε παιδιά ειδικών ομάδων πληθυσμού.

Για τον έλεγχο της διασποράς της νόσου, εκτός από την ανίχνευση της νόσου σε ομάδες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να γίνεται έλεγχος και σε άτομα που μπορεί να έχουν μεγάλη

πιθανότητα να νοσήσουν, με αποτέλεσμα δημιουργία σημαντικού πεδίου διασποράς της νόσου.

Στοιχεία και έρευνες έχουν δείξει ότι οι περιπτώσεις φυματίωσης στους μετανάστες είναι αυξημένες ιδιαίτερα σε αυτούς που προέρχονται από χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου. Με γνώμονα τη διαπίστωση αυτή μεγάλη είναι η σημασία της προληπτικής διερεύνησης και θεραπείας της φυματίωσης, στις χώρες χαμηλής επίπτωσης φυματίωσης, σε μετανάστες ώστε να αποφευχθεί η διασπορά της μεταξύ των ίδιων αλλά και στους γηγενείς πληθυσμούς. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι υπάρχει κίνδυνος ενεργοποίησης παλιών μολύνσεων οι οποίες δεν μπορούν να διαγνωστούν εύκολα με τις σημερινές τεχνικές ελέγχου.

Η μετανάστευση και τα ταξίδια γίνονται εδώ και αιώνες με στόχο αναζήτηση καλύτερης ζωής, εκπαίδευσης, καταφυγίου από διώξεις, πολέμους κ.ά. Οι μεταναστευτικές πολιτικές κατά την διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών έχουν φέρει μεγάλο αριθμό μόνιμων και προσωρινών μεταναστών από χώρες με υψηλή επικράτηση της φυματίωσης σε χώρες με χαμηλή επίπτωση της φυματίωσης. Καθώς οι μετανάστες πολλές φορές είναι φορείς μολυσματικών ασθενειών όπως η φυματίωση, οι υπάρχουσες πρακτικές ιατρικής διαλογής σκοπό έχουν να αποτρέψουν την μετάδοση της νόσου [56,57].

Οι De Riemer και συν [58] εκπόνησαν αναδρομική μελέτη σε 893 μετανάστες και πρόσφυγες στις Η.Π.Α. από τον Ιούλιο του 1992 ως το Δεκέμβριο του 1993. Από αυτούς 745 ήταν μετανάστες και πρόσφυγες (83,4%) που χρειάστηκαν περαιτέρω ιατρική αξιολόγηση, 51 (6,9%) εξ' αυτών είχαν ενεργό φυματίωση και 296 (39,7%) ήταν υποψήφιοι για προληπτική θεραπεία. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι η έγκαιρη, επαρκής ιατρική αξιολόγηση, παρακολούθηση και φροντίδα των μεταναστών και των προσφύγων έχει καλά αποτελέσματα και θα πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα για την πρόληψη της φυματίωσης και των προγραμμάτων ελέγχου.

Η φυματίωση αποτελεί μια εν δυνάμει απειλή για όλες τις κοινωνίες και όχι μόνο αυτές των αναπτυσσόμενων χωρών. Είναι προφανές ότι ο έλεγχος αντίχενωσης της νόσου, ο εντοπισμός των πασχόντων και η θεραπεία της νόσου πρέπει να αποτελούν βασική προτεραιότητα των αρμόδιων υγειονομικών αρχών.

Οι Hogan και συν [59] λόγω του ότι το πρόβλημα της φυματίωσης στην Αγγλία και την

Ουαλία είναι συνδεδεμένο με τους πρόσφατα αφιχθέντες μετανάστες, πρότειναν αναδιοργάνωση των διαδικασιών διαλογής των μεταναστών στα λιμάνια καθώς έγινε αντιληπτό ότι υπάρχει αναποτελεσματικότητα στις εφαρμοζόμενες μεθόδους.

Η παραπάνω έρευνα έδειξε ότι η κλινική εξέταση σε ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων στα οποία δεν πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία θώρακος, λόγω εγκυμοσύνης ή μικρής ηλικίας, ήταν αμφίροπη. Επίσης δεν υπήρχαν αντικειμενικά κριτήρια παραπομπής για περαιτέρω παρακολούθηση πολλών ατόμων με λανθάνουσα φυματίωση. Η διαδικασία διαλογής ως προς την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της είναι πιθανώς χαμηλή.

Οι Lillebaek και συν [57] αναφέρουν ότι η μετανάστευση από περιοχές με υψηλή συχνότητα της φυματίωσης έχει τροφοδοτήσει την επανεμφάνιση της σε περιοχές με χαμηλή συχνότητα. Για να μειωθεί ο κίνδυνος αυτός, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος των μεταναστών κατά την άφιξή τους. Έτσι θα μειωθεί άμεσα η επίπτωση της φυματίωσης σε μετανάστες κατά τα πρώτα χρόνια διαμονής τους σε μια χώρα με χαμηλή συχνότητα της νόσου. Αποδείχθηκε όμως ότι η υπόθεση αυτή δεν ίσχυσε για 619 Σομαλούς μετανάστες με φυματίωση στη Δανία. Η ετήσια επίπτωση της φυματίωσης μειώθηκε σταδιακά κατά τα πρώτα 7 χρόνια διαμονής και οι περιπτώσεις μόλυνσης από τις αρχικές 2.000 ανά 100.000 έγιναν 700 ανά 100.000 (2,0 % σε 0,7%). Το εύρημα αυτό αμφισβητεί σοβαρά την επάρκεια των πρακτικών ελέγχου κατά την άφιξη των μεταναστών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της φυματίωσης είναι υψηλότερος στα 2-5 πρώτα χρόνια μετά την μετανάστευση και παραμένει υψηλότερος μεταξύ των μεταναστών από χώρες υψηλής επίπτωσης από ότι στο γενικό πληθυσμό για 20 έτη και περισσότερο μετά την μετανάστευση, σε χώρες χαμηλής επίπτωσης [60,61]. Ο κίνδυνος αυτός παραμένει για όλη την υπόλοιπη ζωή [22,60].

Οι Cain και συν [22], με γνώμονα ότι το 2006 οι μετανάστες αντιπροσώπευαν το 57% του συνόλου των περιπτώσεων της φυματίωσης στις Η.Π.Α., και ότι οι τρέχουσες στρατηγικές ελέγχου της φυματίωσης δεν είχαν αντιμετωπίσει επαρκώς τα υψηλά επίπεδα της ασθένειας καθώς και της Λ.Φ σε αυτόν τον πληθυσμό, έθεσαν στόχο να προσδιοριστεί αφενός ο κίνδυνος της φυματίωσης και της ανθεκτικής στα φάρμακα φυματίωσης μεταξύ των μεταναστών και αφετέρου οι πιθανές επιπτώσεις από τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε μετανάστες πριν την είσοδό τους στις Η.Π.Α. στις χώρες καταγωγής τους, την περίοδο 2001

έως το 2006.

Συνολικά σε 46.970 περιπτώσεις φυματίωσης που αναφέρθηκαν αυτό το διάστημα στους μετανάστες, εκ των οποίων οι 12.928 ήταν πρόσφατα εισερχόμενοι (εντός 2 ετών) από την είσοδό τους στις Η.Π.Α., το ποσοστό των ατόμων που εκδηλώνουν την νόσο κατά την διάρκεια της παραμονής τους στις Η.Π.Α., (ανά έτος παραμονής) είναι λιγότερο σε σχέση με αυτό που εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια παραμονής. Παραμένει όμως υψηλό συγκριτικά με τον γηγενή πληθυσμό έως και 20 χρόνια μετά την άφιξη. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά μολυσμένων ατόμων από φυματίωση από τις περισσότερες χώρες της Αφρικής νοτίως της Σαχάρας και της Νοτιοανατολικής Ασίας.

Δεν έχει αποδειχθεί μετάδοση φυματίωσης μεταξύ των μεταναστών και των ντόπιων κατοίκων [62] χωρίς όμως αυτό να είναι απολύτως βέβαιο, λόγω του κινδύνου ενεργοποίησης της νόσου μετά από κάποια χρόνια παραμονής στις χώρες διαβίωσης [60]. Το 90% των περιπτώσεων φυματίωσης μεταξύ των μεταναστών αφορά ενεργοποίηση της παλιάς νόσου (ενδογενής αναμόλυνση). Αυτό αποδείχτηκε με την εφαρμογή μοριακών μεθόδων οι οποίες εξασφαλίζουν υψηλή αξιοπιστία στην διερεύνηση της νόσου [63].

Οι Dahle και συν [64] διερεύνησαν στη Νορβηγία την επίπτωση της φυματίωσης από μετανάστες προερχόμενους από χώρες υψηλής επίπτωσης της νόσου στον γηγενή πληθυσμό κατά τη διάρκεια της περιόδου 1994-2005. Από τους συνολικά 2.173 ασθενείς με φυματίωση στους οποίους έγινε γενετικός έλεγχος του Μ.Φ, το 69% των στελεχών που απομονώθηκαν προέρχονταν από μετανάστες από χώρες με υψηλή συχνότητα της νόσου, ενώ το 31% των στελεχών είχαν απομονωθεί από μη μετανάστες. Κατά μέσο όρο ετησίως, μόνο 2 μη μετανάστες και 13 μετανάστες εκδήλωσαν νόσο, ως αποτέλεσμα της λοίμωξης στο εσωτερικό της χώρας από εισαγόμενα Μ.Φ.

Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι κατά την διάρκεια της μελέτης η μετανάστευση από υψηλής επίπτωσης χώρες είχε μικρή επίδραση στην διαβίβαση του εν λόγω παθογόνου παράγοντα στην χώρα υποδοχής όπου υπάρχει χαμηλή συχνότητα της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι η σημερινή στρατηγική ελέγχου είναι επαρκής, αλλά πρέπει να διατηρηθεί.

Οι Vos και συν [65] επισημαίνουν ότι τα ποσοστά επίπτωσης της πνευμονικής φυματίωσης παραμένουν υψηλά για τουλάχιστον μια δεκαετία μετά τη μετανάστευση, στις

Κάτω Χώρες μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται από χώρες με υψηλά ποσοστά της νόσου. Ως πιθανή εξήγηση δίνεται η ενεργοποίηση παλαιών μολύνσεων και οι μολύνσεις μεταξύ των μεταναστών γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στα προγράμματα και στις πολιτικές ελέγχου για τη φυματίωση.

Επιπλέον για τον έλεγχο της διασποράς της νόσου, χρειάζεται καταγραφή και ανάλυση όλων των κρουσμάτων ώστε να ελέγχεται η μολυσματικότητα και διασπορά της νόσου σε κάθε περιοχή και να λαμβάνονται μέτρα αν είναι αναγκαίο. Η διαδικασία αυτή είναι χρήσιμη σε τοπικό αλλά και διεθνές επίπεδο για τον έλεγχο της νόσου [4] αλλά όμως στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται σωστά. [19,28,29]

Αν και η φυματίωση είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα βάσει των διατάξεων του Β. Δ. 3/9 Νοεμ.1950 («περί μέτρων καταπολέμησης επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δήλωσης αυτών») θα πρέπει κάθε εντοπιζόμενο «κρούσμα» να δηλώνεται στις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες εντός εβδομάδας από τη διάγνωση, από κλινικούς ή εργαστηριακούς γιατρούς με το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης, προκειμένου να διασφαλιστεί η απαραίτητη συμμόρφωση στις οδηγίες θεραπείας και παρακολούθησης της νόσου [62,64].

Οι Jelastopulu και συν [29] σε αναδρομική μελέτη σχετικά με την εκτίμηση της αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για τη φυματίωση την περίοδο 2000-2003 στην Δυτική Ελλάδα ερεύνησαν τις περιπτώσεις φυματίωσης που δηλώθηκαν από νοσοκομεία και υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με αυτά που υποβλήθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι από τις 161 περιπτώσεις φυματίωσης μόνο το 70% αναφέρθηκαν στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Οι δηλώσεις μολυσμένων ασθενών ήταν 3,7% λιγότερες από διαπιστωμένα περιστατικά φυματίωσης, η αναλογία μολυσμένων ανδρών προς γυναίκες ήταν 2:1 ενώ διαπιστώθηκε αυξημένη συχνότητα εμφάνισής της νόσου σε άτομα ηλικίας >60 ετών όπως και σε έφηβους ηλικίας 10-14 ετών. Η μελέτη συμπέρανε ότι υπήρχε μεγάλος βαθμός μη δήλωση των περιστατικών φυματίωσης σε μια περιοχή όπου δέχεται μαζικά μετανάστες και πρόσφυγες από χώρες με υψηλή συχνότητα φυματίωσης, και επισήμανε τη σημασία που έχει η πλήρης καταγραφή των κρουσμάτων στο σχεδιασμό προγραμμάτων και κατάλληλων πολιτικών ελέγχου της νόσου.

Με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πολλές φορές δημιουργήθηκε προβληματισμός για το αν οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι πρόληψης και ελέγχου της φυματίωσης στον υγιή πληθυσμό αλλά και στους μετανάστες είναι αποτελεσματικές και αποδοτικές.

Στην εργασία των Dasgupta and Menzies [66] με γνώμονα ό τι στη Δυτική Ευρώπη, Καναδά και Η.Π.Α. περισσότερες από το μισό των νέων περιπτώσεων φυματίωσης εμφανίζονται μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται από χώρες με υψηλή επίπτωση της φυματίωσης, εξετάζονται οι επιπτώσεις της μετανάστευσης από χώρες με υψηλή συχνότητα φυματίωσης, σε χώρες με χαμηλή συχνότητα, συγκρίνοντας την οικονομική αποτελεσματικότητα των διαφόρων στρατηγικών ελέγχου της φυματίωσης, κάνοντας βιβλιογραφική ανασκόπηση σε άρθρα που αναφέρονται σε αυτό το ζήτημα. Τα συμπεράσματα της έρευνάς τους ήταν ότι παρά το υψηλό ποσοστό περιπτώσεων φυματίωσης στους μετανάστες που διαμένουν σε χώρες χαμηλής επίπτωσης της νόσου η επίπτωση της νόσου στη δημόσια υγεία είναι σχετικά χαμηλή. Τα τρέχοντα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με ακτινογραφία θώρακος έχουν μικρό αντίκτυπο και δεν είναι οικονομικά αποδοτικά.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος με εξέταση πτυέλων από πλευράς κόστους-αποτελεσματικότητας είναι οριακός. Η θεραπεία της Λ.Φ που εντοπίζεται μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου με τη ΦΑ και την ακτινογραφία θώρακος απαιτούν περαιτέρω έλεγχο ως προς την αξία της εφαρμογής της και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Αντίθετα, ο εντοπισμός των επαφών, ιδίως στο πλαίσιο των εθνικών κοινοτήτων, φαίνεται να είναι πιο αποδοτικός από πλευράς κόστους και λιγότερο παρεμβατικός. Σε χαμηλής επίπτωσης της νόσου χώρες, η διαλογή των μεταναστών κατά την είσοδό έχει ελάχιστη απόδοση και δεν είναι οικονομικά αποτελεσματική στρατηγική ελέγχου της φυματίωσης. Πιο αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις περιλαμβάνουν την ανίχνευση των επαφών που διαπιστώνονται, μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αύξηση των επενδύσεων για τον σε παγκόσμιο επίπεδο έλεγχο της φυματίωσης στις χώρες με υψηλά ποσοστά επικράτησης της νόσου.

Τέλος η ανασκόπηση της ιστορικής εξέλιξης της νόσου στον ελληνικό χώρο μας δίνει σημαντικές πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των μέτρων που είχαν ισχύσει κατά το παρελθόν. Ο Ζαχαριάς [31] στη διατριβή του κάνει μια προσπάθεια να παρουσιασθεί η εξέλιξη της φυματίωσης στην Ελλάδα το ν 2 0 αιώνα. Τα επί μέρη τμήματά της

αναφέρονται στις πρώτες επιστημονικές προσεγγίσεις της παθογένειας της νόσου, στις πηγές και τα στοιχεία καταγραφής της, στο σύνολο των μέτρων για την αντιμετώπισή της - πρόληψη, θεραπεία, "αντιφυματικός αγώνας" - αλλά και στο κοινωνικό αποτύπωμα της φθίσης. Προκειμένου να μελετηθεί η πορεία της νόσου καθώς διατρέχει τον 20ό αιώνα, ορίζονται διακριτές χρονικές περίοδοι που εκ των πραγμάτων ταυτίζονται με περιόδους της πολιτικής ιστορίας της χώρας. Την διατριβή συμπληρώνουν παραρτήματα με τις σπουδαιότερες μελέτες που στηρίχθηκαν στα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την φυματίωση στις αρχές του 20ού αιώνα. Γίνεται επίσης ιδιαίτερη αναφορά στα σημαντικότερα συνέδρια για τη νόσο την ίδια περίοδο και σε ιδιαίτερο τμήμα, παρουσιάζονται τα σανατόρια που λειτούργησαν κατά καιρούς ανά την Ελλάδα.

Με την παρούσα μελέτη γίνεται μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της φυματίωσης με την μελέτη στοιχείων που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν τη φυματίωση σε ένα χώρο που συμβιώνουν οικονομικοί μετανάστες και μετανάστες χωρίς έγγραφα με το γηγενή πληθυσμό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Σκοπός της εργασίας και ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στη νήσο Λέσβο με σκοπό τη διερεύνηση της επίπτωσης της φυματίωσης μεταξύ οικονομικών μεταναστών, μεταναστών χωρίς έγγραφα και κατοίκων της Λέσβου την περίοδο 2006 - 2009. Στην Ελληνική βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλος αριθμός εργασιών σχετικά με τη φυματίωση, παρόλα αυτά δεν υπάρχει αντίστοιχη εργασία που να αφορά όλες τις παραμέτρους της διερεύνησης της νόσου, μεταξύ άλλων και την επίπτωση της φυματίωσης σε μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Με βάση τα ισχύοντα για τη φυματίωση (επιδημιολογία της νόσου, διάγνωση, θεραπεία κ.τ.λ.) και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διατυπώθηκαν οι επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις που αφορούσαν στο ερευνητικό αντικείμενο της εργασίας αυτής, όπως :

1. Αν είναι αποτελεσματικές οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι ελέγχου της φυματίωσης.
2. Ποιοι είναι οι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου, τόσο ως προς τη μετάδοση της νόσου όσο και ως προς τη νόσηση από αυτή.
3. Ποια είναι τα προβλήματα που απορρέουν από τις εφαρμοζόμενες μεθόδους θεραπείας.

1.2. Μεθοδολογία.

1.1.1. Το δείγμα και το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν καταγραφές που αφορούσαν σε έλεγχο για φυματίωση 47.051 ενήλικων ανδρών και γυναικών ηλικίας 18-90 ετών και 3.541 παιδιών (αγόρια και κορίτσια) ηλικίας 4-17 ετών. Ειδικότερα στην πρώτη κατηγορία των ενηλίκων περιλαμβάνονται καταγραφές που αφορούν σε 6.494 Έλληνες κάτοικους της Λέσβου (σε σύνολο 90.634, σύμφωνα με την απογραφή του 2001), σε 1.189 οικονομικούς μετανάστες και σε 39.368 μετανάστες χωρίς έγγραφα. Στη δεύτερη κατηγορία των παιδιών περιλαμβάνονται καταγραφές που αφορούν σε 3.427 μαθητές δημοτικών σχολείων από όλο το νησί και σε 114 ανήλικους μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Η έρευνα είχε αναδρομικό χαρακτήρα και αφορούσε στη μελέτη και ανάλυση των καταγραφών υγειονομικού ελέγχου των μεταναστών για την περίοδο 2006 - 2009. Οι καταγραφές που αφορούν τον έλεγχο των οικονομικών μεταναστών αρχίζουν από την 12/10/05 διότι εκείνη την περίοδο ένας μεγάλος αριθμός οικονομικών μεταναστών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Μυτιλήνης προκειμένου να λάβει πιστοποιητικό υγείας για την έκδοση «πράσινης κάρτας», σύμφωνα με την κυβερνητική απόφαση που ίσχυσε εκείνο το διάστημα για τη «νομιμοποίηση» των παράνομα διαβιούντων στη χώρα οικονομικών μεταναστών. Για τους έλληνας η έναρξη της καταγραφής έγινε από 1/1/2006 καθώς δεν υπήρξαν ιδιαίτεροι λόγοι οι οποίοι να επιβάλλουν διαφοροποίηση από την ημερομηνία που εξαρχής ορίστηκε.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τα αρχεία του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης και των Κέντρων Υγείας Πλωμαρίου και Άντισσας, από τα αρχεία της Διεύθυνσης Υγείας και Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου, τα αρχεία της Αστυνομικής Διεύθυνσης Λέσβου και του Λιμεναρχείου Μυτιλήνης καθώς και από τα αρχεία του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης μεταναστών χωρίς έγγραφα στην Παγανή Μυτιλήνης. Προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν διπλοεγγραφές των ελεγχθέντων ατόμων, κατά τη διαδικασία συλλογής των στοιχείων, έγινε έλεγχος της επανεμφάνισης όλων των ονομάτων που ήταν καταχωρημένα ένα προς ένα, πλην των 39.368 μεταναστών χωρίς έγγραφα των οποίων τα στοιχεία (φύλο, χώρα προέλευσης) δόθηκαν από την Αστυνομική Διεύθυνση Λέσβου, και το Λιμεναρχείο Μυτιλήνης .

1.1.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων της έρευνας

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από το Φεβρουάριο έως και τον Μάιο του 2010 ενώ η επεξεργασία τους και η εξαγωγή των συμπερασμάτων ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του ίδιου έτους.

Προκειμένου να γίνει συλλογή στοιχείων από το νοσοκομείο Μυτιλήνης και τα Κ.Υ. ζητήθηκε άδεια, όπως ορίζει η σχετική διαδικασία για τη διεξαγωγή ερευνών στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας, από τον Διοικητή του νοσοκομείου η οποία δόθηκε μετά από σύμφωνη γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου και αντίστοιχη έγκριση του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Από το νοσοκομείο συλλέχθηκαν στοιχεία από τα βιβλία ασθενών, καθώς δεν υπάρχει σύστημα μηχανογράφησης, που τηρούνται στα εξωτερικά ιατρεία του Πνευμονολογικού, Παθολογικού, και Παιδιατρικού Τμήματος, του νοσοκομείου Μυτιλήνης.

Τα στοιχεία από τα εξωτερικά ιατρεία του Πνευμονολογικού Τμήματος αφορούσαν σε κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία των εξεταζόμενων, το φύλο, η εθνικότητα και ο τόπος κατοικίας.

Το αποτέλεσμα της ΦΑ όλων όσων ελέγχθηκαν με την μέθοδο της φυματινοαντίδρασης, ενήλικες και παιδιά, «διαβάστηκε» μετά από 48 ώρες, μετρήθηκε με χάρακα το ακριβές μέγεθος του εγκάρσιου άξονα στο σημείο που έγινε η ΦΑ και το αποτέλεσμα καταγράφηκε σε χιλιοστόμετρα (mm). Επίσης σε όλα τα παιδιά ελέγχθηκε το ατομικό βιβλιάριο υγείας που τα συνοδεύει από την ημέρα της γέννησής τους, ως προς την διενέργεια ΦΑ και εμβολίου για την φυματίωση ιδιαίτερα στην περίπτωση που το έκαναν πριν την εγγραφή τους στο σχολείο.

Οι μαθητές που δεν ελέγχθηκαν, απουσίαζαν από το σχολείο κυρίως λόγω ασθένειας, υπήρξαν όμως και περιπτώσεις μαθητών για τα οποία οι γονείς τους αρνήθηκαν να υποβληθούν σε αυτή την διαδικασία. Ειδικότερα:

Τα στοιχεία από τα εξωτερικά ιατρεία του πνευμονολογικού ιατρείου αφορούσαν σε:

α. Έλληνες κατοίκους της Λέσβου που υποβλήθηκαν σε έλεγχο με ΦΑ, για τους οποίους συλλέχθηκαν τα στοιχεία που τηρούνται στα βιβλία του πνευμονολογικού εξωτερικού ιατρείου καθώς και το αποτέλεσμα που εμφάνισε ο καθένας στην πραγματοποιηθείσα ΦΑ. Άτομα που υπόκεινταν σε περιοδικό έλεγχο λόγω παλιάς προσβολής από το Μ.Φ, υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο για τον έλεγχο της πορείας της νόσου. Όσοι λάμβαναν αντιφυματική αγωγή πριν και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας υποβλήθηκαν σε μηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο σύμφωνα με την διαδικασία που εφαρμόζεται σε όσους λαμβάνουν αντιφυματική αγωγή λόγω των παρενεργειών των φαρμάκων.

β. Οικονομικούς μετανάστες όπου εκτός των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, στα βιβλία του εξωτερικού πνευμονολογικού ιατρείου αναγράφονταν τα αποτελέσματα της ακτινογραφίας θώρακα που είχαν υποβληθεί, όπως επίσης και τα αποτελέσματα της ΦΑ προκειμένου να λάβουν πιστοποιητικό υγείας για την έκδοση «πράσινης κάρτας».

Τα στο χείρα από τα εξωτερικά ιατρεία του Παθολογικού Τμήματος αφορούσαν σε Έλληνες κατοίκους της Λέσβου οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακα και κλινική εξέταση τα αποτελέσματα των οποίων αναγράφονταν στα τηρούμενα βιβλία στους οποίους χορηγήθηκε ιατρική γνωμάτευση την οποία μαζί με την ακτινογραφία θώρακα θα την υπέβαλλαν στις αρμόδιες υπηρεσίες για την έκδοση πιστοποιητικού υγείας.

Από τα εξωτερικά ιατρεία του Παιδιατρικού Τμήματος συλλέχθηκαν μόνο τα στοιχεία που αφορούσαν ενεργό ή λανθάνουσα φυματίωση, η οποία είχε διαγνωστεί σε παιδιά λαμβάνοντας υπόψη:

A. Την υποχρέωση των παιδιών να πάνε στο Δημοτικό σχολείο (έλληνες και μετανάστες). Άρα τα στοιχεία από τα σχολεία είναι πληρέστερα. [67]

B. Το γεγονός ότι πολλά από τα παιδιά εξετάζονται από τους ιδιώτες παιδίατρος αλλά και τους γιατρούς των Κ.Υ. που έχουν το δικαίωμα χορήγησης πιστοποιητικού υγείας το οποίο χρειάζεται για την εγγραφή τους στο σχολείο.

Γ. Τους ετήσιους ελέγχους που πραγματοποιεί το Τμήμα Υγιεινής της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου, καθώς και οι επισκέπτες υγείας των Κ.Υ. Πλωμαρίου και Άντισσας, στις πρώτες τάξεις των Δημοτικών σχολείων του νησιού κάνοντας ΦΑ, αλλά και εμβολιασμό στα παιδιά για την φυματίωση.

Παράλληλα ερευνήθηκε το αρχείο που τηρεί το γραφείο κίνησης ασθενών του νοσοκομείου, το οποίο είναι μηχανογραφημένο, ως προς την αιτία εισαγωγής των ασθενών ώστε να ελεγχθούν περιπτώσεις ασθενών με φυματίωση οι οποίοι εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια της εφημερίας και δεν πέρασαν από το εξωτερικό ιατρείο του νοσοκομείου.

Από το Κ.Υ. Άντισσας συλλέχθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των μαθητών και τα αποτελέσματα της ΦΑ στους μαθητές των δημοτικών σχολείων της περιοχής ευθύνης του. Το εν λόγω Κ.Υ. ξεκίνησε την διαδικασία ελέγχου και εμβολιασμού των μαθητών για την φυματίωση το 2009.

Από το Κ.Υ. Πλωμαρίου συλλέχθηκαν κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία ως προς τα αποτελέσματα της ΦΑ στους μαθητές των δημοτικών σχολείων της περιοχής ευθύνης του καθώς και ως προς τα αποτελέσματα της ΦΑ στη Μονάδα Φιλοξενίας Ασυνόδευτων

Ανηλίκων Προσφύγων “Villa Azadi”, στην Αγιάσου Λέσβου, στους ανήλικους που φιλοξενούνται κατά περιόδους αλλά και στο προσωπικό του. Στους ανήλικους μετανάστες χωρίς έγγραφα, λόγω των γλωσσικών προβλημάτων επικοινωνίας, αναζητήθηκε σημάδι προηγούμενου εμβολιασμού ώστε σε περίπτωση θετικής ΦΑ να αξιολογηθεί κατάλληλα. Το εν λόγω Κ.Υ. άρχισε να δραστηριοποιείται για τη διαδικασία ελέγχου των μαθητών από το 2006. Τα υπόλοιπα Κ.Υ. του νησιού (Καλλονής και Πολιχνίτου) δεν εφαρμόζουν αντίστοιχα προγράμματα.

Η συλλογή των στοιχείων από τις παρακάτω υπηρεσίες έγινε μετά από έγκριση των αρμοδίων κάθε υπηρεσίας μετά από την υποβολή αίτησης γραπτής ή προφορικής στην οποία προσδιορίζονταν ο σκοπός της πραγματοποιούμενης έρευνας.

Από τα βιβλία που τηρούνται στη Διεύθυνση Υγείας - Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των μαθητών που υποβλήθηκαν σε έλεγχο με ΦΑ προκειμένου να υποβληθούν σε εμβολιασμό, το αποτέλεσμα της ΦΑ καθώς και σε πόσους μαθητές έγινε. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εν λόγω υπηρεσία μέχρι την ενεργοποίηση των Κ.Υ., όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είχε την ευθύνη διενέργειας εμβολίων και ελέγχου για την φυματίωση σε όλο το νησί.

Η συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων των μεταναστών χωρίς έγγραφα έγινε από τα αρχεία της Αστυνομικής Διεύθυνσης Λέσβου και του Λιμεναρχείου Μυτιλήνης.

Από τον υπεύθυνο γιατρό του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης μεταναστών χωρίς έγγραφα, σε συνεννόηση με τον υπεύθυνο της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου για τους μετανάστες χωρίς έγγραφα, παραχωρήθηκαν στοιχεία που αφορούσαν στον έλεγχο των μεταναστών χωρίς έγγραφα ως προς τα αποτελέσματα της ακτινογραφίας και του κλινικού ελέγχου που γίνεται σε αυτούς καθώς και των αποτελεσμάτων της ΦΑ σε όλους όσους η ακτινογραφία θώρακα έδειξε ευρήματα φυματιώδους μόλυνσης.

Κατά τη συλλογή των στοιχείων διαπιστώθηκε ότι ενώ στους οικονομικούς μετανάστες με Λ.Φ χορηγούταν φαρμακευτική αγωγή, στα βιβλία του εξωτερικού πνευμονολογικού ιατρείου του νοσοκομείου Μυτιλήνης δεν εμφανίζονταν τα άτομα αυτά για τον μηνιαίο έλεγχο που επιβάλλει η θεραπεία τους, πλην ελάχιστων εξαιρέσεων. Για το λόγο αυτό

αναζητήθηκε η ποσότητα των αντιφυματικών φάρμακων που χορηγήθηκαν, την περίοδο που εξετάζεται στην παρούσα έρευνα, από τον Συνεταιρισμό Φαρμακοποιών Λέσβου (ΣΥ. ΦΑ. Λέσβου), καθώς είναι ο μόνος προμηθευτής των φαρμακείων στο νησί, και από το φαρμακείο του νοσοκομείου. Τα στοιχεία παραχωρήθηκαν μετά από σχετικά αιτήματα.

Με στόχο την συλλογή επιπλέον πληροφοριών σχετικών με την έρευνα αυτή έγιναν προσωπικές συζητήσεις, μη κατευθυνόμενες με ανοιχτές ερωτήσεις, με υπαλλήλους των εμπλεκόμενων φορέων οι οποίες είχαν σχέση με θέματα αρμοδιοτήτων τους που είχαν στόχο να διερευνήσουν την εφαρμοζόμενη διαδικασία ελέγχου αφού πρώτα δόθηκαν οι απαραίτητες εξηγήσεις και διευκρινίσεις του σκοπού αυτών των ερωτήσεων και βεβαιώθηκε η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν.

Στους αστυνομικούς και λιμενικούς έγιναν ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο σύλληψης και μεταφοράς των μεταναστών χωρίς έγγραφα από τη στιγμή της σύλληψής τους μέχρι την προώθησή τους στα Κέντρα Διοικητικής Κράτησης στην Αθήνα. Επίσης ρωτήθηκαν για την ενημέρωση που έχουν σχετικά με την φυματίωση γενικά, σχετικά με την επάρκεια των μέσων προστασίας που διαθέτουν καθώς επίσης και για τα μέτρα πρόληψης που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους.

Στους επισκέπτες υγείας των Κ.Υ., αλλά και της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου έγιναν ερωτήσεις σχετικές με την εφαρμοζόμενη διαδικασία. Από τον αρμόδιο του Κ.Υ. Πλωμαρίου, όπου υπάρχει η Μονάδα Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων Προσφύγων της Αγιάσου Λέσβου, λήφθηκαν πληροφορίες σχετικά με τους ελέγχους για τη φυματίωση που πραγματοποιεί το εν λόγω Κ.Υ. καθώς και για τα προβλήματα που υπάρχουν σχετικά με τον έλεγχο και την αντιμετώπιση της φυματίωσης στους ανήλικους μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Στους γιατρούς του νοσοκομείου έγιναν ερωτήσεις σχετικές με τον τρόπο ελέγχου και αντιμετώπισης και θεραπείας της φυματίωσης στο νησί καθώς, περιπτώσεις που ανιχνεύονται στα Κ.Υ. του νησιού με ενδείξεις ύπαρξης της νόσου στέλνονται για περαιτέρω έλεγχο στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης.

Από το γιατρό του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης ζητήθηκαν στοιχεία σχετικά με τον περαιτέρω έλεγχο για την οριστική διάγνωση και θεραπεία όλων όσων το αποτέλεσμα της ακτινογραφίας έδειξε φυματιώδη λοίμωξη, τα μέτρα που λαμβάνονται ώστε να μην γίνει

διασπορά της νόσου τόσο μεταξύ τους όσο και στον γηγενή πληθυσμό και γενικότερα τις οδηγίες που συστήνει το Υπουργείο Υγείας σε αυτές τις περιπτώσεις.

Από τον Συνεταιρισμό Φαρμακοποιών Λέσβου (ΣΥ. ΦΑ. Λέσβου), ζητήθηκαν στοιχεία που αφορούσαν στην κίνηση των αντιφυματικών φαρμάκων στην Λέσβο, ενώ από το φαρμακείο του νοσοκομείου ζητήθηκαν στοιχεία για τον ίδιο λόγο καθώς επίσης και για την περίπτωση χορήγησης αυτών των φαρμάκων σε άπορους ασθενείς.

Όλα τα στοιχεία μετά την συλλογή τους αξιολογήθηκαν, ομαδοποιήθηκαν και κατόπιν έγινε η στατιστική τους ανάλυση. Τα στοιχεία που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις αναφέρονται στην παρούσα εργασία.

1.1.3. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences, 16 edition (S.P.S.S) το οποίο θεωρείται ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία για την επεξεργασία δεδομένων και στατιστικής ανάλυσης. Επίσης για την κατασκευή των σχεδιαγραμμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Excel της Microsoft, 2007 edition.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες και οι συγκρίσεις των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν και υπολογίστηκαν με το χ^2 (chi-square) τεστ και του ελέγχου ακριβείας Fisher. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο 5% (p -value<0,05). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2010.

1.1.4. Περιορισμοί

Το σύνολο των ελεγχθέντων με ακτινογραφία θώρακος κατοίκων της Λέσβου δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Επιπλέον υπήρξαν καταγραφές ατόμων που δεν ήταν μόνιμοι κάτοικοι της Λέσβου σύμφωνα με τα ελλιπή στοιχεία που τηρούνται στα βιβλία του νοσοκομείου σχετικά με τον τόπο καταγωγής με αποτέλεσμα να περιορίζεται η γενίκευση των συμπερασμάτων της έρευνας για τον γηγενή πληθυσμό. Επίσης συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο να μην διευκρινίζεται η χώρα προέλευσης πολλών από τους οικονομικούς μετανάστες στα βιβλία που τηρούνται στο νοσοκομείο.

Στα στοιχεία που τηρούνται για τους μετανάστες χωρίς έγγραφα, επειδή δεν υπάρχουν τα απαραίτητα στοιχεία που να πιστοποιούν την ταυτότητά τους, η χώρα προέλευσης και η ηλικία τους ήταν καταγεγραμμένα σύμφωνα με τη δήλωση τους την ώρα της σύλληψής τους από τους αστυνομικούς και λιμενικούς.

Από το Συνεταιρισμό Φαρμακοποιών Λέσβου (ΣΥ.ΦΑ.Λ) δεν ήταν δυνατόν να διευκρινισθούν τα στοιχεία όσων έλαβαν την φαρμακευτική αγωγή και πιθανώς ο αριθμός να είναι ακόμα μικρότερος.

Επίσης υπάρχει περίπτωση να υπάρχουν ασθενείς με Λ.Φ όπως και με ενεργό μορφή της νόσου κυρίως Έλληνες ενήλικες αλλά και παιδιά, οι οποίοι να παρακολουθούνται από ιδιώτες γιατρούς του νησιού ή και από γιατρούς των Αθηνών για τους οποίους δεν μπόρεσαν να ληφθούν στοιχεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.2 Αποτελέσματα της έρευνας

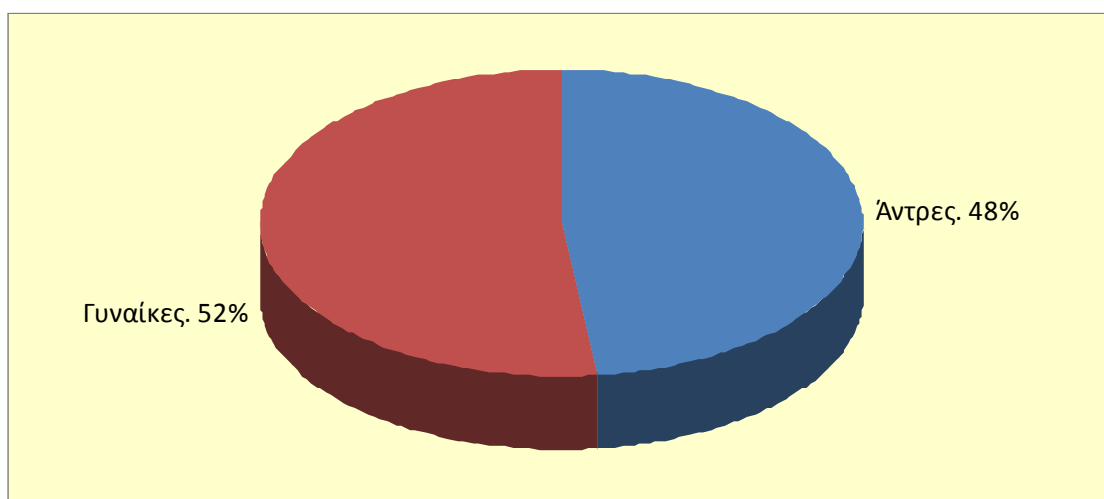
Όπως αναφέρθηκε η έρευνα αφορούσε στην αξιολόγηση των καταγραφών του ελέγχου για φυματίωση που έγιναν σε έλληνες κατοίκους της Λέσβου (ενήλικες και παιδιά) και σε οικονομικούς και χωρίς έγγραφα μετανάστες (ενήλικες και παιδιά). Τα αποτελέσματα της έρευνας κατά κατηγορία εγγραφών είναι τα παρακάτω.

2.2.1 Έλληνες κάτοικοι Λέσβου.

Η πρώτη ομάδα καταγραφών αφορά 6.494 ενήλικες Έλληνες, άνδρες και γυναίκες που προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου την περίοδο από 1-1-2006 έως 31-12-2009. Στο σύνολο των προσελθόντων περιλαμβάνονται 6.454 στους οποίους πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία θώρακος, για έκδοση πιστοποιητικού υγείας, 14 που ελέγχθηκαν με ΦΑ στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, 11 στους οποίους έγινε περιοδικός έλεγχος λόγω παλιάς προσβολής από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης και 15 που προσήλθαν στο νοσοκομείο για περιοδικό έλεγχο λόγω διαπιστωμένης παλαιάς μόλυνσης για την οποία ελάμβαναν αντιφυματική αγωγή. Τα αποτελέσματα του ελέγχου ανά κατηγορία είναι τα παρακάτω:

A. Από τα $N=6.454$ άτομα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Μυτιλήνης, στους οποίους πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία θώρακος, για έκδοση πιστοποιητικού υγείας, οι 3.097 ήταν άντρες (48%) και οι 3.357 γυναίκες (52%) (Γράφημα 2.1). Η ηλικία των εξετασθέντων ήταν από 14 - 80 ετών. Ο μέσος όρος των ηλικιών των ατόμων ήταν 25,62 έτη η τυπική απόκλιση ήταν 8,617 έτη, ενώ το εύρος των ηλικιών ήταν 66 έτη. (Πίνακας 2.1).

Από τις 6454 πραγματοποιηθείσες ακτινογραφίες στους άντρες και γυναίκες 1 βρέθηκε θετική ενώ όλες οι υπόλοιπες βρέθηκαν αρνητικές.

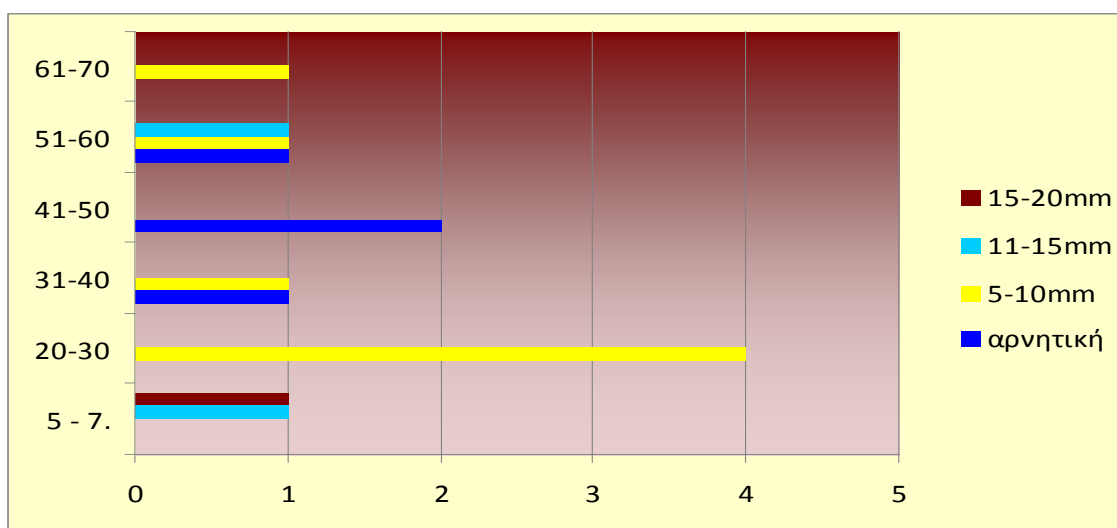


Γράφημα 2.1. Έλληνες κάτοικοι Λέσβου υποβληθέντες σε ακτινογραφία θώρακος.

Πίνακας 2.1. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου υποβληθέντων σε ακτινογραφία θώρακος ανά ηλικία.

Ηλικία.	Συχνότητα.	% Αναλογία.
14-20	1.248	19,3
21-30	4.506	69,8
31-40	486	7,5
41-50	48	0,7
51-60	52	0,8
61-80	114	1,8
Σύνολο	6.454	100,0

B. Από τα $N= 14$ άτομα που ελέγχθηκαν με ΦΑ στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, οι 4 ήταν άντρες (29%) και οι 10 γυναίκες (71%) (Γράφημα 2.2). Η ηλικία των ελεγχθέντων ήταν από 5-70 ετών. Ο μέσος όρος των ηλικιών των ατόμων ήταν 37,43 έτη, η τυπική απόκλιση ήταν 20 έτη ενώ το εύρος των ηλικιών ήταν 65 έτη (Γράφημα 2.3).



Γράφημα 2.2. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου υποβληθέντων σε ΦΑ ανά ηλικία, αποτέλεσμα και συχνότητα, στην πραγματοποιηθείσα ΦΑ.

Όπως παρουσιάζεται στο (Γράφημα 2.2), από τους υποβληθέντες σε φυματοαντίδραση οι 4 είχαν αρνητική ΦΑ (29%), ενώ σε 7 από τους εξετασθέντες (71%) η διάμετρος της ΦΑ ήταν θετική. Συγκεκριμένα σε 7 άτομα ήταν θετική η διάμετρος της ΦΑ 5-10mm, σε 2 η θετική διάμετρος της ΦΑ ήταν 11-15mm και 1 εκ των εξετασθέντων είχε θετική διάμετρο της ΦΑ 15-20 mm. Εξ αυτών οι 4 ήταν άντρες και οι 10 γυναίκες(Πίνακας 2.3).

Δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο των εξεταζόμενων και του αποτελέσματος της πραγματοποιηθείσας ΦΑ (έλεγχος ακριβείας Fisher, $p = 1,000$).

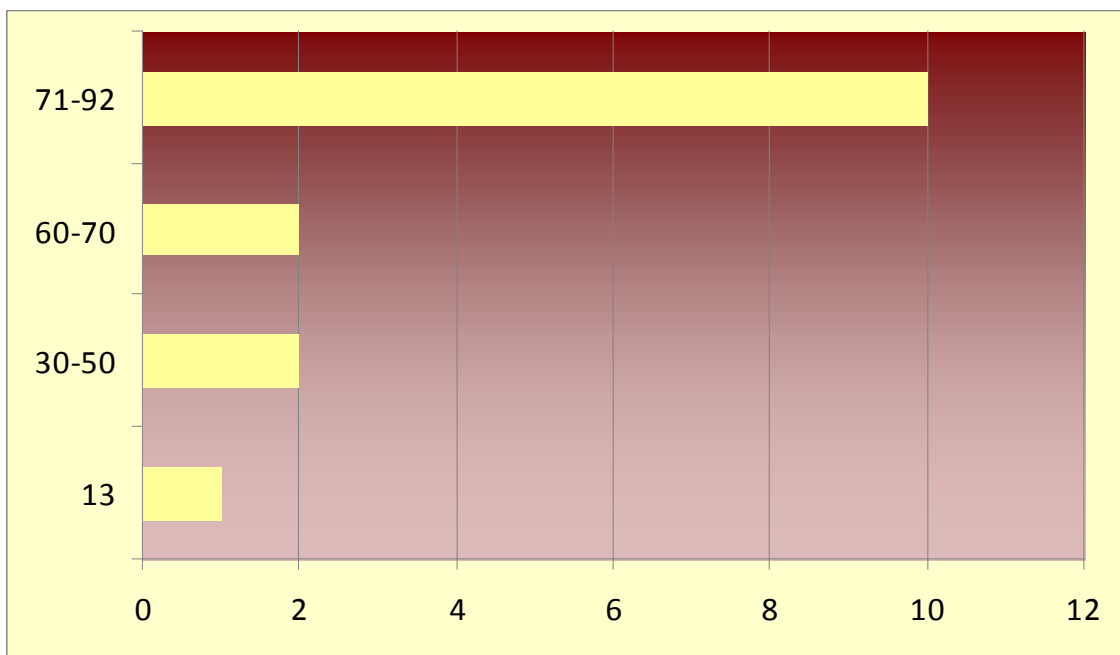
Πίνακας 2.2. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου υποβληθέντων σε ΦΑ ανά φύλο και αποτέλεσμα διαμέτρου ΦΑ.

Φύλο	Αρνητική	5-10mm	11-15mm	15-20mm	Σύνολο
Άντρες	1	2	1	0	4
Γυναίκες	3	5	1	1	10
Σύνολο	4	7	2	1	14

Γ. Από τα $N=11$ άτομα στα οποία έγινε περιοδικός έλεγχος λόγω παλαιάς προσβολής από Μ.Φ τα 7 ήταν άντρες και τα 4 γυναίκες, ηλικίας 51-86 ετών.

Ο μέσος όρος των ηλικιών των ατόμων ήταν 77,45 έτη η τυπική απόκλιση ήταν 11,1 έτη ενώ το εύρος των ηλικιών ήταν 41 έτη.

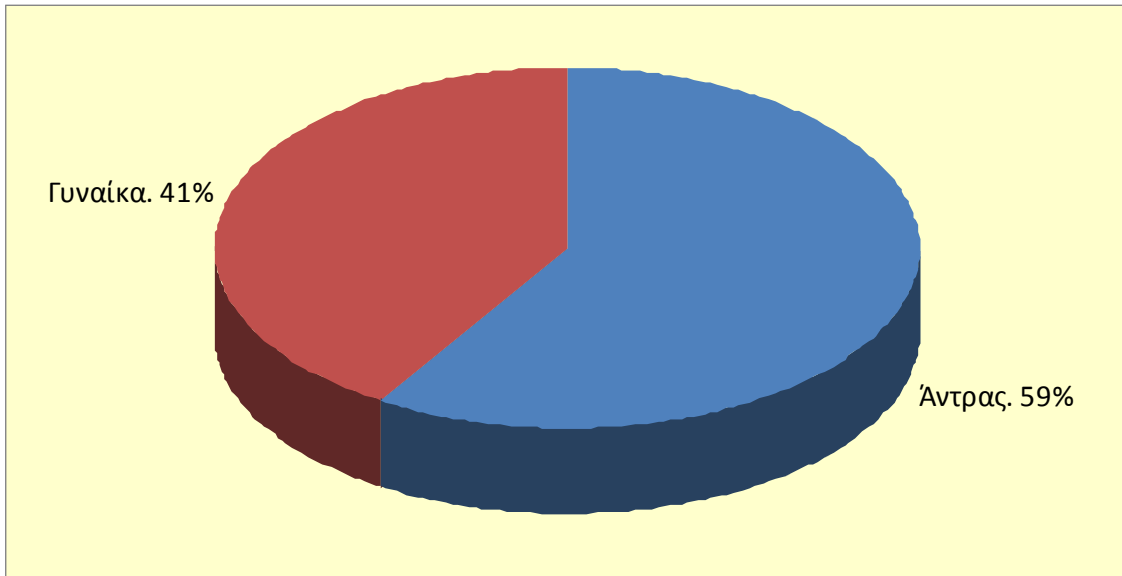
Δ. Τέλος από τα 15 άτομα που ελάμβαναν αντιφυματική αγωγή και είχαν προσέλθει στο νοσοκομείο για περιοδικό έλεγχο στα οποία διαγνώστηκε μόλυνση από το Μ.Φ τα 4 ήταν άντρες και τα 11 γυναίκες. Η ηλικία αυτών των ατόμων ήταν από 13-92 ετών (Γράφημα 2.3). Ο μέσος όρος των ηλικιών των ατόμων ήταν 65,5 έτη η τυπική απόκλιση ήταν 18,8 έτη ενώ το εύρος των ηλικιών ήταν 67 έτη.



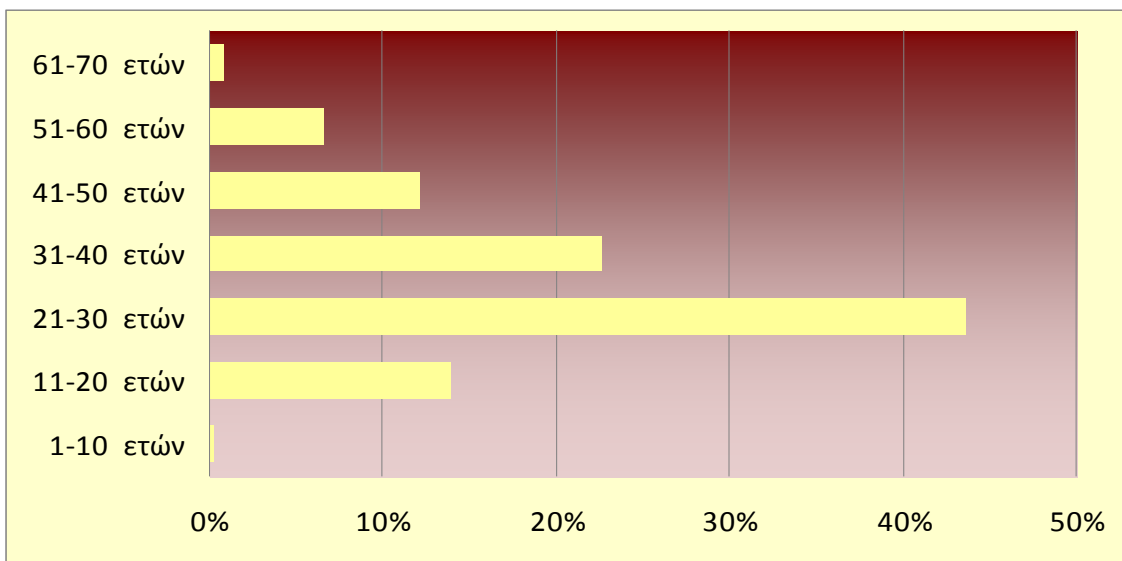
Γράφημα 2.3. Κατανομή ελλήνων κατοίκων Λέσβου που ελάμβαναν αντιφυματική αγωγή και υποβλήθηκαν σε περιοδικό έλεγχο ανά ηλικία.

2.2.2 Οικονομικοί μετανάστες.

Το δείγμα το αποτέλεσαν $N = 1.189$ οικονομικοί μετανάστες εκ των οποίων οι 701 ήταν άντρες (59%) και οι 488 γυναίκες (41%) (Γράφημα 2.4), ηλικίας από 4-70 ετών, (γράφημα 2.5) οι οποίοι ελέγχθηκαν με ΦΑ και ακτινογραφία θώρακος. Ο μέσος όρος των ηλικιών των ατόμων ήταν 35,7 έτη η τυπική απόκλιση ήταν 11,9 έτη ενώ το εύρος των ηλικιών ήταν 66 έτη.



Γράφημα 2.4. Κατανομή οικονομικών μεταναστών που ελέγχθηκαν ανάλογα με το φύλο.



Γράφημα 2.5. Κατανομή οικονομικών μεταναστών που ελέγχθηκαν ανάλογα με την ηλικία.

Από την πραγματοποιηθείσα ΦΑ βρέθηκε θετική και συστήθηκε φαρμακευτική αγωγή σε σύνολο $N=112$ οικονομικών μεταναστών, ηλικίας 4- 60 ετών εκ των οποίων 66 ήταν άντρες και 46 γυναίκες (πίνακας 2.5). Η διάμετρος της ΦΑ ήταν 11 - 15mm σε 29 άτομα, 16-20mm 71 άτομα και 21 - 30mm σε 12 άτομα (Πίνακας 2.3).

Επίσης βρέθηκε θετική διάμετρος της ΦΑ σε $N =186$ άτομα, ηλικίας 11-70 ετών (Πίνακας 2.4) εκ των οποίων οι 124 άντρες και 61 γυναίκες. Από τους οικονομικούς μετανάστες, καθώς το θετικό αποτέλεσμα της ΦΑ δικαιολογούταν από προηγούμενο εμβολιασμό, δεν χρειάστηκε να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, Η διάμετρος της ΦΑ ήταν 6 – 10 mm σε 114 άτομα, 11-15 mm σε 46 άτομα και 16-20 mm σε 26 άτομα.

Στο αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου που έγινε σχετικά με το φύλο και τα αποτελέσματα του ελέγχου της θετικής ΦΑ χωρίς αγωγή, δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση στην μεταξύ τους σχέση ($\chi^2 = 1,422$, $df = 2$, $p = 0,491$).

Επίσης στο αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου που έγινε σχετικά με το φύλο και την θετική ΦΑ με αγωγή, δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση στην μεταξύ τους σχέση (έλεγχος ακριβείας Fisher, $p = 0,666$).

Στους μετανάστες πραγματοποιήθηκε και ακτινογραφία θώρακος, εκτός από 3 γυναίκες οι οποίες ήταν εγκυμονούσες. Οι 2 από αυτές είχαν θετική ΦΑ και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω έλεγχο.

Τα αποτελέσματα της ακτινογραφίας θώρακος μόνο σε 1 άτομο βρέθηκε θετική ενώ το σύνολο των εξετασμένων, οι 1.185 ήταν αρνητικές. Υπήρχαν 3 άτομα με παλιά θετική ακτινογραφία και διαγνωσμένη λοίμωξη τα οποία δεν συμπεριλήφθηκαν στο εξεταζόμενο δείγμα.

Πίνακας 2.3. Αποτελέσματα ΦΑ σε μη εμβολιασθέντες οικονομικούς μετανάστες.

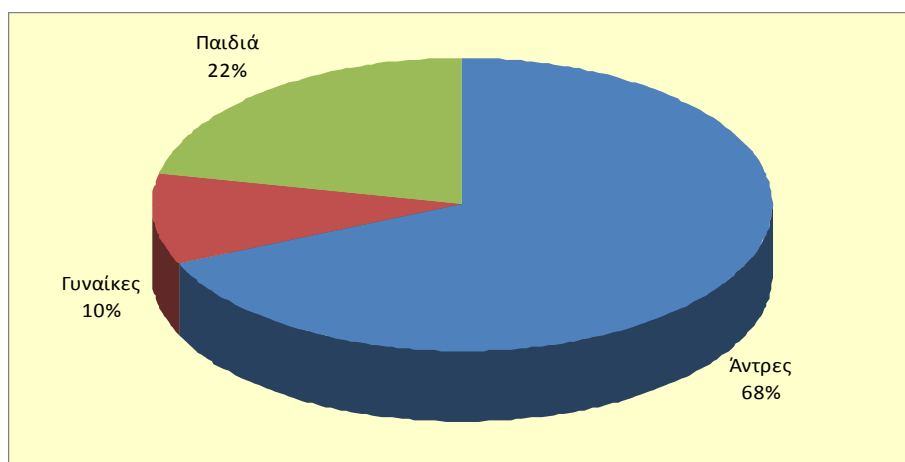
ΦΑ θετική Υπό αγωγή.	11-15mm	16-20mm	21-30mm	Σύνολο
Άντρες	16	45	5	66
Γυναίκες	13	26	7	46
Σύνολο	29	71	12	112
Ηλικία				
4-10	3	0	1	4
11-20	1	6	0	7
21-30	14	26	6	46
31-40	11	19	3	33
41-50	0	14	1	15
51-60	0	6	1	7
Σύνολο	29	71	12	112

Πίνακας 2.4. Αποτελέσματα ΦΑ. σε εμβολιασθέντες οικονομικούς μετανάστες.

ΦΑ θετική Χωρίς αγωγή	6-10mm	11-15mm	16-20mm	Σύνολο
Άντρες	75	34	16	124
Γυναίκες	39	12	10	62
Σύνολο	114	46	26	186
Ηλικία				
11-20	9	2	1	12
21-30	43	17	6	66
31-40	35	16	6	57
41-50	10	6	10	26
51-60	13	4	3	20
61-70	4	1	0	5
Σύνολο	114	46	26	186

2.2.3 Μετανάστες χωρίς έγγραφα

Το δείγμα αποτέλεσαν $N=39.368$ μετανάστες χωρίς έγγραφα, εκ των οποίων 26.877 ήταν άντρες (68%), 3.980 γυναίκες (10%) και 8.511 παιδιά (22%) (Γράφημα 2.6). Η ηλικία των ενηλίκων ήταν μεταξύ 18 - 40 ετών και των παιδιών από νεογέννητα έως 10 ετών.



Γράφημα 2.6. Κατανομή των μεταναστών χωρίς έγγραφα ανάλογα με το φύλο.

Σε σχέση με τις χώρες προέλευσης οι περισσότεροι (28.396) προέρχονται από το Αφγανιστάν, με ποσοστό (72,1%), ακολουθεί η Σομαλία, (5.217) με ποσοστό (13,3%), η Παλαιστίνη (2.301) με ποσοστό (5,8%), καθώς και άλλες χώρες με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 2.5).

Πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία θώρακος σε $N= 30.857$ ενήλικες άντρες και γυναίκες ενώ δεν πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία θώρακος στα παιδιά τα οποία ήταν 8.511. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αρνητικές ακτινογραφίες βρέθηκαν στους 30.826 των εξεταζόμενων και 31 θετικές. Στον έλεγχο μεταξύ των αντρών, γυναικών και των παιδιών που έκαναν ακτινογραφία θώρακος υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις παρατηρούμενες και αναμενόμενες συχνότητες ως προς την πραγματοποίηση της ($\chi^2 = 39368,0$, $df = 2$, $p=0.001$).

Πίνακας 2.5. Ποσοστιαίες αφίξεις μεταναστών χωρίς έγγραφα.

	Άντρες	Γυναίκες	Παιδιά	Σύνολο	% Αναλογία
Αφγανιστάν	19.085	2.227	7.084	28.396	72,1%
Σομαλία	3.393	977	847	5.217	13,3%
Παλαιστίνη	1.819	174	308	2.301	5,8%
Ιράκ	637	131	129	897	2,3%
Ερυθραία	424	392	59	875	2,2%
Ιράν	321	18	23	362	0,9%
Πακιστάν	291	1	19	311	0,8%
Διάφορες χώρες	907	60	42	1009	2,56%
Σύνολο	26.877	3.980	8.511	39.368	100%

Από αυτούς στους οποίους βρέθηκε θετική ακτινογραφία θώρακος οι 26 ήταν άντρες και οι 5 γυναίκες, προερχόμενοι από το Αφγανιστάν οι 16 , τη Σομαλία οι 8, την Παλαιστίνη οι 5 , την Αίγυπτο 1 και το Πακιστάν 1 (Πίνακας 2.6). Η ηλικία αυτών για τους οποίους η ακτινογραφία θώρακος ήταν θετική ήταν από 19-37 ετών. Ο μέσος όρος των ηλικιών των ατόμων ήταν 25,7 έτη η τυπική απόκλιση ήταν 5,1 έτη ενώ το εύρος των ηλικιών ήταν 21 έτη.

Σε αυτούς που βρέθηκε θετική ακτινογραφία θώρακος έγινε ΦΑ, και σε 25 από αυτούς βρέθηκε θετική ενώ σε 6 αρνητική (Πίνακας 2.7).

Πίνακας 2.6. Ποσοστιαίες αναλογίες θετικής ακτινογραφίας και ΦΑ σε μετανάστες χωρίς έγγραφα.

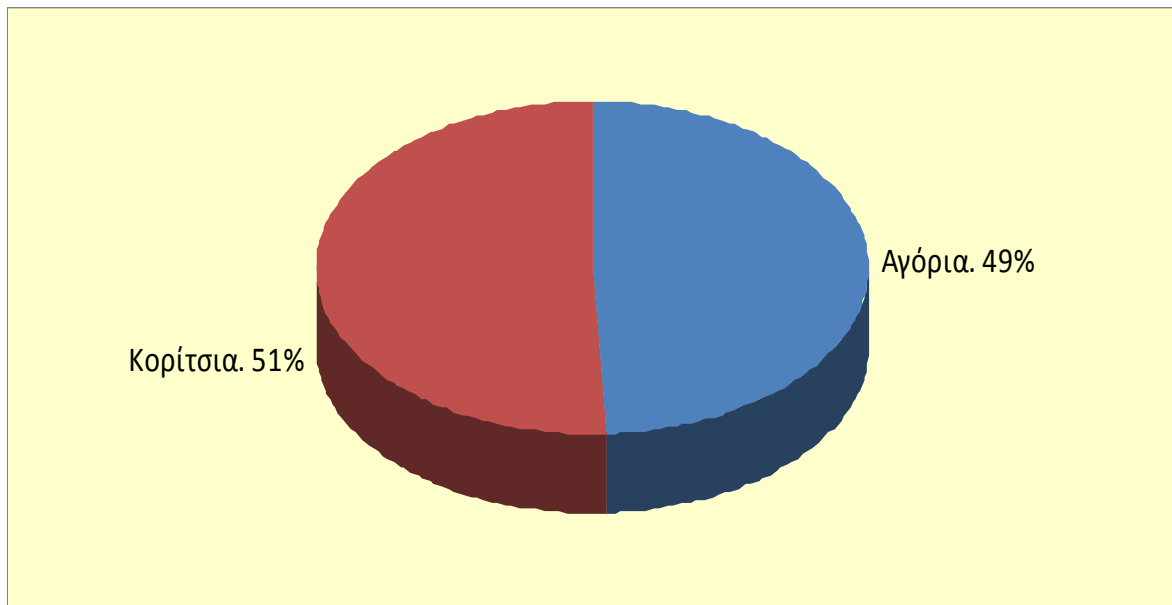
	Συχνότητα	Επί συνόλου.	%Αναλογία του συνόλου των μεταναστών.
Φύλο			
Άντρες	26	26.877	0,097%
Γυναίκες	5	3.980	0,13%
Εθνικότητα			
Αφγανιστάν	16	28.396	0,06%
Σομαλία	8	5.217	0,15%
Παλαιστίνη	5	2.301	0,21%
Πακιστάν	1	311	0,32%
Αίγυπτος	1	9	11.1%

Πίνακας 2.7. Αποτελέσματα ΦΑ στους μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Εθνικότητα.	Θετική.	Αρνητική.
Αφγανιστάν	16	0
Σομαλία	3	5
Παλαιστίνη	5	0
Πακιστάν	0	1
Αίγυπτος	1	0
Σύνολο	25	6

2.2.4 Έλληνες και μετανάστες μαθητές.

Στην υποομάδα αυτή του δείγματος περιλαμβάνονται $N=3.427$ μαθητές εκ των οποίων 3.145 Έλληνες (91,7%) και 282 μετανάστες (8,2%). Από αυτούς οι 1.683 ήταν αγόρια (49%) και οι 1.744 κορίτσια (51%), ηλικίας 6-11 ετών (Γράφημα 2.7). Οι 1.107 ήταν από σχολεία της πόλης της Μυτιλήνης και οι 2.320 από σχολεία χωριών της Λέσβου. (Πίνακας 2.8). Ελέγχθηκαν με ΦΑ οι 2.780 (81,1%) ενώ 647 δεν ελέγχθηκαν (18,9%) για διάφορους λόγους (ασθένεια, κ. α.), (Πίνακας 2.8).



Γράφημα 2.7. Κατανομή των μαθητών ανά φύλο.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου της ΦΑ (Πίνακες 2.9 και 2.10) έδειξαν 26 θετικές ΦΑ., εκ των οποίων 13 σε Έλληνες μαθητές (δύο ήταν με αμφίβολο αποτέλεσμα και θα έπρεπε να επαναληφθούν) και 13 σε μετανάστες. Οι 5 εξ αυτών που είχαν θετική ΦΑ διέμεναν στην πόλη της Μυτιλήνης και οι 21 σε χωριά της Λέσβου. Από αυτούς, στους 12 είχε προηγηθεί εμβολιασμός με BCG, που δικαιολογούσε τη θετική διάμετρο της ΦΑ, ενώ οι 14 από αυτούς δεν είχαν εμβολιαστεί και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω έλεγχο. (Πίνακας 2.11). Ειδικότερα τα αποτελέσματα της ΦΑ έδειξαν 6 άτομα με θετική διάμετρο ΦΑ 2- 4 mm, 5 άτομα με διάμετρο ΦΑ 5-10 mm και 1 άτομο με διάμετρο ΦΑ 18 mm (Πίνακας 2.11).

Σε σχέση με το θετικό αποτέλεσμα της ΦΑ όπου δεν είχε προηγηθεί εμβολιασμός, εξαιρώντας τα 2 αμφίβολα αποτελέσματα, ως προς την εθνικότητα 50% είναι οι Έλληνες και 50% οι μετανάστες. Ως προς τον τόπο διαμονής, 1 μαθητής διαμένει στην πόλη και 11 στα χωριά της Λέσβου.

Πίνακας 2.8. Κατανομή των μαθητών ανά φύλο, εθνικότητα, ηλικία, τόπο διαμονής και έλεγχο ή μη σε ΦΑ.

Φύλο	Συχνότητα	% Αναλογία
Αγόρι	1.683	49,1%
Κορίτσι	1.744	50,9%
Εθνικότητα		
Έλληνες	3.145	91,8%
Μετανάστες	282	8,2%
Σχολεία		
Πόλης	1.107	32,3%
Χωριών	2.320	67,7%
ΦΑ		
Ναι	2.780	81,1%
Όχι	647	18,9%
Σύνολο	3.427	100%

Πίνακας 2.9. Κατανομή των αποτελεσμάτων ΦΑ σε μαθητές σχολείων της πόλης της Μυτιλήνης ανά εθνικότητα.

Αποτελέσματα ΦΑ	0-1mm	2-4mm	5-10mm	18mm	Σύνολο
Έλληνες					
Προηγθέν εμβόλιο Ναι	0	2	1	0	3
Προηγθέν εμβόλιο Όχι	868	0	1	0	869
Σύνολο (1)	868	2	2	0	872
Μετανάστες					
Προηγθέν εμβόλιο Ναι	0	0	1	0	1
Προηγθέν εμβόλιο Όχι	44	0	0	0	44
Σύνολο (2)	44	0	1	0	45
Σύνολο Ναι (προηγθέν εμβόλιο)	0	2	1	0	3
Σύνολο Όχι (προηγθέν εμβόλιο)	0	0	1	0	1
Σύνολο (1)+(2)	912	2	3	0	917

Πίνακας 2.10. Κατανομή των αποτελεσμάτων ΦΑ σε μαθητές σχολείων χωριών της Λέσβου ανά εθνικότητα.

Αποτελέσματα ΦΑ	0-1mm	Αμφίβολο	2-4mm	5-10mm	18mm	Σύνολο
Έλληνες.						
Προηγθέν εμβόλιο Ναι	0	0	0	2	0	2
Προηγθέν εμβόλιο Όχι	1.717	2	3	1	1	1.724
Σύνολο(1)	1.717	2	3	3	1	1.726
Μετανάστες						
Προηγθέν εμβόλιο Ναι	0	0	2	4	0	6
Προηγθέν εμβόλιο Όχι	125	0	3	3	0	131
Σύνολο(2)	125	0	5	7	0	137
Σύνολο Ναι (προηγθέν εμβόλιο)	0	0	2	6	0	8
Σύνολο Όχι (προηγθέν εμβόλιο)	0	2	6	4	1	11
Σύνολο κατοίκων χωριών (1)+(2)	1.842	2	8	10	1	1.863

Πίνακας 2.11. Κατανομή των αποτελεσμάτων ΦΑ στο σύνολο των μαθητών.

Αποτελέσματα ΦΑ	0-1mm	Αμφίβολο	2-4mm	5-10mm	18mm	Σύνολο
Σύνολο Ναι (προηγηθέν εμβόλιο)	0	0	4	8	0	12
Σύνολο Όχι (προηγηθέν εμβόλιο)	0	2	6	5	1	12
Γενικό σύνολο ελεγχθέντων	2.754	2	10	13	1	2.780

Υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στην περιοχή διαμονής (πόλη ή χωριό) με την εθνικότητα των εξετασθέντων παιδιών, ελληνόπουλα και μετανάστες να είναι περισσότερα των χωριών από αυτά της πόλης ($\chi^2 = 6,011$, $df = 1$ $p = 0,014$).

Ως προς την Εθνικότητα και το φύλο των εξετασθέντων μαθητών υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις συχνότητες μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την Εθνικότητά τους (Ελλήνων και των αλλοδαπών μαθητών) (έλεγχος ακριβείας Fisher, $p = 0,001$).

Ως προς την Εθνικότητα των μαθητών και το αποτέλεσμα θετικής ΦΑ δεν υπήρχε σημαντική εξάρτηση μεταξύ τους (έλεγχος ακριβείας Fisher, $p = 1,000$). Επίσης σημαντική εξάρτηση δεν υπήρχε μεταξύ της σχέσης φύλο με το αποτέλεσμα θετικής ΦΑ (έλεγχος ακριβείας Fisher, $p = 1,000$).

Τέλος δεν υπήρξε επίσης σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο αποτέλεσμα της θετικής ΦΑ και της περιοχής διαμονής των μαθητών (πόλη-χωριά) (έλεγχος ακριβείας Fisher, $p = 1,000$).

Ο Φυματικός Δείκτης Διαμόλυνσης (Φ.Δ.Δ.) υπολογίστηκε σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα και είναι 0,03 %.

2.2.5 Ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Στην υποομάδα αυτή του δείγματος περιλαμβάνονται $N=114$ ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα, οι οποίοι φιλοξενούνται στο Μονάδα Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων Προσφύγων, στην Αγιάσου Λέσβου. Ο έλεγχος στα $N=16$ άτομα του προσωπικού της Μονάδας Φιλοξενίας ήταν αρνητικός (αρνητική ΦΑ σε όλους -ποσοστό 100%).

Στους ανήλικους μετανάστες χωρίς έγγραφα ηλικίας από 13 - 17 έτη πραγματοποιήθηκε ΦΑ στους 110, ενώ οι 4 είχαν ελεγχθεί παλαιότερα με ακτινογραφία θώρακος και ΦΑ και ήταν αρνητικοί. Τα αποτελέσματα του ελέγχου ήταν 97 άτομα με αρνητική διάμετρο ΦΑ εκ των οποίων οι 52 είχαν εμβολιαστεί παλαιότερα ενώ οι 45 δεν εμβολιάστηκαν. (Πίνακας 2.12)

Επίσης βρέθηκε θετική διάμετρος ΦΑ 15 – 20 mm σε 10 ανήλικους, εκ των οποίων οι 7 είχαν εμβολιαστεί στο παρελθόν και 3 δεν είχαν εμβολιαστεί. Τέλος βρέθηκαν 3 ανήλικοι εκ των οποίων οι 2 είχαν εμβολιαστεί και 1 δεν είχε εμβολιαστεί.

Δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση μεταξύ του προηγηθέντος εμβολιασμού στους ανήλικους μετανάστες χωρίς έγγραφα και του αρνητικού ή θετικού αποτελέσματος της ΦΑ(έλεγχος ακριβείας Fisher, $p =0,378$).

Συνολικά εκ των ανηλίκων μεταναστών χωρίς έγγραφα οι 61 είχαν εμβολιαστεί, ενώ οι 49 δεν είχαν εμβολιαστεί (Πίνακας 2.12).

Πίνακας 2.12. Ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ανηλίκων μεταναστών χωρίς έγγραφα.

Προηγηθείς εμβολιασμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
0-1mm	52	45	97
15-20mm	7	3	10
21-25mm	2	1	3
Σύνολο	61	49	110

2.3. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης της φυματίωσης για το χρονικό διάστημα 2006-2009 στο γηγενή πληθυσμό της Λέσβου καθώς και σε οικονομικούς μετανάστες και μετανάστες χωρίς έγγραφα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συλλογή, ανάλυση και σύγκριση των καταγραφών των ατόμων που υποβλήθηκαν σε έλεγχο για τυχόν ύπαρξη φυματίωσης στα τηρούμενα αρχεία του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, της Διεύθυνσης Υγείας και Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Λέσβου και των Κέντρων Υγείας Πλωμαρίου και Άντισσας καθώς και από τα αρχεία του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης μεταναστών χωρίς έγγραφα Λέσβου και της Μονάδας Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων Προσφύγων χωρίς έγγραφα Αγιάσου Λέσβου.

Στο δείγμα της έρευνας περιλαμβάνονται πέντε ομάδες καταγραφών και ειδικότερα 6.494 ενήλικες Έλληνες κάτοικοι Λέσβου, 1.189 οικονομικοί μετανάστες και 39.368 μετανάστες χωρίς έγγραφα καθώς και 3.427 μαθητές δημοτικών σχολείων έλληνες και μετανάστες και 114 ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα.

2.3.1 Έλληνες κάτοικοι Λέσβου και μετανάστες χωρίς έγγραφα που υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακα.

Όλοι οι ενήλικες είχαν υποβληθεί σε ακτινογραφία θώρακος, η οποία όπως έχει ήδη αναφερθεί θεωρείται «κλασική» μέθοδος ελέγχου της φυματίωσης, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος διασποράς της νόσου καθώς αποτελεί εύκολη, ασφαλής και για πολλές χώρες προσιτή μέθοδο ελέγχου φυματίωσης. Ειδικότερα σε ακτινογραφικό έλεγχο υποβλήθηκαν οι 6.494 ενήλικες Έλληνες κάτοικοι Λέσβου σε σύνολο 90.634 κατοίκων (απογραφή 2001) ποσοστό 7,1% του πληθυσμού, 1.186 οικονομικοί μετανάστες και 30.826 ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μετά από πάγια εντολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές, όλοι οι ενήλικες μετανάστες χωρίς έγγραφα υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος, επομένως και οι ενήλικες εκ των 39.368 μεταναστών χωρίς έγγραφα της παρούσας έρευνας.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου των παραπάνω ατόμων δείχνουν ότι επί συνόλου 38.606 ακτινογραφιών θώρακος θετικές για ένδειξη φυματίωσης βρέθηκαν μόνο 33 και ειδικότερα 1 στους έλληνες κατοίκους Λέσβου 1 στους οικονομικούς μετανάστες και 31 στους μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Αν και η ακτινογραφία θώρακα θεωρείται «κλασική» μέθοδος ελέγχου της φυματίωσης θα πρέπει να επισημανθεί ότι:

- α) Με την ακτινογραφία θώρακα δεν μπορεί να διαγνωστεί η λανθάνουσα μορφή της νόσου [66].
- β) Σε έρευνες που έγιναν σχετικά με την αξία της ακτινογραφίας θώρακα αποδείχτηκε ότι έχει σοβαρά μειονεκτήματα καθώς μόνο στο 15% των ελεγχθέντων ασθενών με θετικά πτύελα βρέθηκαν ενδεικτικές αλλοιώσεις της νόσου [43].
- γ) Η ακτινογραφία δεν επιταχύνει αξιόλογα τη διάγνωση.
- δ) Δεν είναι ειδική όσον αφορά τη διάγνωση της φυματίωσης (πάσχων ή όχι) και ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται με άλλες πιο ειδικές εξετάσεις όπως η εξέταση των πτυέλων με άμεση μικροσκόπηση και καλλιέργεια, και κατά συνέπεια πρέπει να περιορίζεται στους συμπτωματικούς ασθενείς [41].
- ε) Διασπείρει ακτινοβολία και δεν είναι οικονομικά προσιτή μέθοδος για πολλές χώρες. Η αξονική τομογραφία (CT) ή η HRCT (υψηλής ευκρίνειας αξονική τομογραφία) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) αποτελούν σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους με καλά αποτελέσματα [13,68]. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση της νόσου και στα νήπια [69]. Η εφαρμογή πιο αντικειμενικών μεθόδων αυξάνει το κόστος ελέγχου, ενώ παράλληλα δεν είναι εύκολη η πραγματοποίησή τους.

Όσον αφορά το κόστος ελέγχου που γίνεται σήμερα είναι πολύ μικρό (ακτινογραφία θώρακος 4,05 ευρώ, ΦΑ. 1,76 ευρώ μικροσκοπική εξέταση πτυέλων 2,88 ευρώ) [70] όμως τα αποτελέσματά τους δεν θεωρούνται αξιόπιστα. Η εφαρμογή περισσότερο αντικειμενικών μεθόδων αυξάνει το κόστος ελέγχου, ενώ παράλληλα δεν είναι εύκολη η πραγματοποίησή τους. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι μέθοδοι που δίνουν καλύτερα αποτελέσματα όπως η αξονική τομογραφία και ιδιαίτερα η PCR όταν εξετάζονται άτομα με προηγμένα εμβολιασμό προερχόμενα από χώρες υψηλής επίπτωσης της νόσου έχουν υψηλό σχετικά κόστος (αξονική τομογραφία 71,11 ευρώ και η PCR 59 ευρώ).

Σε μελέτη του Magkana και συν [44], σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ακτινογραφίας θώρακα που πραγματοποιήθηκε το 2005, σε σύνολο 4.338 ασυμπτωματικών ατόμων Ελλήνων και μεταναστών στο Ηράκλειο της Κρήτης, δεν βρέθηκε θετική ακτινογραφία για ενεργό φυματίωση και βάσει αυτού προτείνεται η εγκατάλειψη της μεθόδου αυτής η οποία, εκτός των άλλων μπορεί να είναι επιβλαβής για την υγεία των ανθρώπων. Παράλληλα οι Dasgupta and Menzies [66] αναφερόμενοι στο ζήτημα αυτό συμπεραίνουν ότι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με ακτινογραφία θώρακα έχουν μικρή αξία και δεν είναι οικονομικά αποδοτικά

2.3.2. Έλληνες κάτοικοι Λέσβου.

Στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Μυτιλήνης ελέγχθηκαν 14 άτομα με ΦΑ. Στατιστικά δεν βρέθηκε συσχετισμός μεταξύ του αποτελέσματος της ΦΑ και της ηλικίας των εξεταζόμενων. Για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα θα πρέπει να γίνει έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων. Επιπλέον ελέγχθηκαν 11 άτομα στα οποία έγινε περιοδικός έλεγχος μετά από μόλυνση από το Μ.Φ στα οποία δεν υπήρξε επίσης συσχέτιση ως προς το φύλο και την ηλικία εμφάνισης της νόσου, καθώς και 15 άτομα που λάμβαναν αντιφυματική αγωγή.

Αν και ο αριθμός του δείγματος των ελεγχθέντων είναι σχετικά μικρός, παρόλα αυτά παρατηρούμε ότι στη Λέσβο η νόσος δεν έχει εξαλειφθεί τελείως, καθώς τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει μικρός αριθμός ασθενών. Συγκρίνοντας τα ευρήματα με τα υπάρχοντα στοιχεία από τον Π.Ο.Υ [71] για τα αντίστοιχα έτη διεξαγωγής της έρευνας, παρατηρούμε ότι ο αριθμός κρουσμάτων που υπάρχουν στη Λέσβο συσχετίζεται με αυτόν που έχει δηλωθεί πανελλήνια, δείχνοντας παράλληλα ότι η τάση της νόσου τα τελευταία χρόνια βρίσκεται στις ηλικίες 45 ετών και πάνω.

Αντίστοιχα ευρήματα υπάρχουν και σε εργασία των Χούχουλα και συν [29] το 2005 καθώς και σε αναδρομική μελέτη των Jelastopulu και συν [30] το 2009, στην αναφορά τους για την ηλικιακή κατανομή της φυματίωσης.

2.3.3. Οικονομικοί μετανάστες.

Ο έλεγχος με ΦΑ συγκαταλέγεται στα μέτρα πρόληψης της νόσου μέσω της οποίας μπορούμε να αναζητήσουμε ομάδες υψηλού κινδύνου. Με τη μέθοδο αυτή μπορεί να διαγνωστεί το 60-90% των περιπτώσεων της λανθάνουσας μορφής της νόσου [66], καθώς θετικοποιείται 3-6 εβδομάδες από την αρχική μόλυνση και παραμένει θετική για όλη τη ζωή έστω και αν ο ασθενής πάρει χημειοπροφύλαξη [72]. Μια θετική ΦΑ με διάμετρο >15mm, έστω και αν έχει προηγηθεί εμβολιασμός με BCG, είναι πιθανό να έχει προκληθεί από μόλυνση από το Μ.Φ, εκτός αν υπάρχει πρόσφατος εμβολιασμός [48]. Επίσης υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το μέγεθος του αποτελέσματος της ΦΑ (όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος του) σχετίζεται με τον επικείμενο κίνδυνο ανάπτυξης φυματίωσης [41].

Η ΦΑ έχει διαγνωστική αξία σε χώρες με χαμηλή επικράτηση της νόσου, καθώς επίσης και σε χώρες που δεν εφαρμόζεται μαζικά ο εμβολιασμός με BCG, διότι στην περίπτωση προηγηθέντος εμβολιασμού το αποτέλεσμα της ΦΑ μπορεί να είναι θετικό.

Σημαντικό παράγοντα για την ορθή εκτίμηση της ΦΑ αποτελεί η σωστή εκπαίδευση και η εμπειρία [43] δεδομένου ότι υπάρχουν περιπτώσεις που η μέθοδος δίνει ψευδή θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα, τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διενέργεια της, αλλά και το γεγονός ότι επηρεάζεται αφενός μεν από την έκθεση του ασθενούς σε NTM, δίνοντας θετική ΦΑ (που όμως δεν είναι διαμέτρου > 10 mm) αφετέρου δε από προηγούμενο εμβολιασμό με BCG [50].

Λόγω του ότι η ακτινογραφία θώρακος δεν αποτελεί από μόνη της αξιόπιστη μέθοδο ελέγχου της φυματίωσης και η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι με τη μετανάστευση μεταφέρονται νόσοι όπως η φυματίωση από χώρες στις οποίες υπάρχει υψηλή επικράτηση της νόσου, για περισσότερο ολοκληρωμένο έλεγχο διενεργήθηκε και ΦΑ στους 1.189 οικονομικούς μετανάστες προκειμένου να τους χορηγηθεί πιστοποιητικό υγείας. Βρέθηκαν 112 άτομα με θετική ΦΑ (με διάμετρο 11 - 15 mm σε 29 άτομα, 16 - 20 mm σε 71 άτομα και 21 - 30 mm σε 12 άτομα) ενώ υπήρξε και μία θετική ακτινογραφία θώρακος. Επίσης βρέθηκαν 186 άτομα με θετική ΦΑ, η οποία μάλλον δικαιολογείται λόγω προηγούμενου εμβολιασμού. Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με αντίστοιχα ευρήματα άλλων παρόμοιων ερευνών, όπως στην έρευνα που πραγματοποίησαν το 1996 οι Δρίτσας και συν [47] όσον αφορά τη φυματίωση στην οποία από τους 102 αλλοδαπούς που ελέγχθηκαν για φυματίωση,

48 (47%) είχαν θετική ΦΑ ενώ θετική ακτινογραφία θώρακος και θετικά πτύελα για Μ.Φ είχαν 11 (10,7%).

Στο στατιστικό έλεγχο των ευρημάτων, σχετικά με το φύλο και τα αποτελέσματα του ελέγχου της θετικής ΦΑ χωρίς αγωγή, δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση στη μεταξύ τους σχέση γεγονός που σημαίνει ότι η μόλυνση από το Μ.Φ δεν επηρεάζει περισσότερο τους άντρες ή τις γυναίκες. Παρόμοιο αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου, σχετικά με το φύλο και τη θετική ΦΑ με αγωγή, δεν δείχνει σημαντική εξάρτηση στην μεταξύ τους σχέση, αλλά βέβαια για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνει έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων.

Το γεγονός ότι βρέθηκαν εμβολιασμένα άτομα είναι θετικό για το λόγο ότι πολλά κράτη εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού τους. Όμως αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι σε μια θετική ΦΑ δεν είναι εφικτό να διαπιστωθεί αν είναι συνέπεια εμβολιασμού, όπως δεν είναι εφικτό το να ελέγχεται κάθε θετική ΦΑ με ειδικές εξετάσεις λόγω του αυξημένου κόστους. Επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της θετικής με αγωγή ΦΑ και στους εμβολιασμένους οικονομικούς μετανάστες στις ηλικίες μεταξύ των 21-40 ετών.

Η κακή κατοικία, η δυσκολία προσαρμογής στο νέο περιβάλλον, φυλετικές διακρίσεις και οι σχετικοί με την εργασία κίνδυνοι υγείας, μπορούν να ασκήσουν σοβαρή αρνητική επίδραση στην υγεία των μεταναστών [73,74]. Διάφοροι λόγοι αποτρέπουν τους μετανάστες στο να ζητήσουν βοήθεια όταν έχουν πρόβλημα, όπως γλωσσικά εμπόδια, πεποιθήσεις για την υγεία, η κοινωνική απαξίωση, ενώ είναι επιφυλακτικοί στο να δώσουν πληροφορίες στις υπηρεσίες υγείας γιατί φοβούνται μην απελαθούν [10,72,75]. Έρευνες σε μετανάστες έδειξαν ότι η φυματίωση οφείλεται σε ενεργοποίηση της νόσου η οποία προέκυψε από μόλυνση στις χώρες καταγωγής τους [56,60,63], ειδικά από αυτούς που προέρχονται από χώρες υψηλής επικράτησης της νόσου [10].

Η περίπτωση αναζωπύρωσης της νόσου είναι υψηλότερη τα πρώτα 2-5 χρόνια [60,61] μετά τη μετανάστευση ενώ ο κίνδυνος παραμένει για την υπόλοιπη ζωή [22]. Δεν έχει αποδειχτεί μετάδοση της νόσου μεταξύ των μεταναστών και του γηγενή πληθυσμού [62] όμως η μακροχρόνια παραμονή των μεταναστών στην χώρα υποδοχής τους η οποία οδηγεί σε κοινωνικοοικονομική διεύδυση έχει ως αποτέλεσμα τη μεταφορά της νόσου στο γηγενή

πληθυσμό [19]. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης και μεταξύ των μεταναστών [60,65]. Οι πληθυσμοί των μεταναστών χωρίς έγγραφα που ζουν στη χώρα μας υπό άθλιες συνθήκες και χωρίς κανένα έλεγχο, αποτελούν εν δυνάμει κίνδυνο ανάπτυξης της φυματίωσης [65].

Αντίστοιχες έρευνες, De Riemer και συν [58] είχαν ανάλογα αποτελέσματα, επισημαίνοντας την ανάγκη ελέγχου αυτών των πληθυσμιακών ομάδων για την πρόληψη της φυματίωσης. Οι Lillebaek και συν [57], επίσης αναφέρουν ότι οι μετανάστες είναι αυτοί που έχουν τροφοδοτήσει την επανεμφάνιση της φυματίωσης σε χώρες με χαμηλά ποσοστά της νόσου, ιδιαίτερα αυτοί που προέρχονται από χώρες με υψηλή επίπτωση της.

Ο Cain και συν [22] προβληματίστηκαν για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μέτρων ελέγχου των μεταναστών, αναφέροντας τα μεγάλα ποσοστά μεταναστών που έχουν μολυνθεί από το Μ.Φ προερχόμενα από χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου.

Οι Dasgupta and Menzies [66] εκτός των άλλων αναφέρουν ότι παρόλο το υψηλό ποσοστό περιπτώσεων φυματίωσης στους μετανάστες που διαμένουν σε χώρες χαμηλής επίπτωσης της νόσου η επίπτωση στη δημόσια υγεία είναι χαμηλή.

Οι Vos και συν [65] επισημαίνουν ότι τα ποσοστά επίπτωσης της φυματίωσης παραμένουν υψηλά τουλάχιστον για μία δεκαετία μετά τη μετανάστευση, δίδοντας ως πιθανή εξήγηση την ενεργοποίηση παλαιότερων μολύνσεων καθώς και μολύνσεων μεταξύ των μεταναστών.

Επίσης ελέγχθηκαν και 3 έγκυες γυναίκες εκ των οποίων οι 2 είχαν θετική ΦΑ στις οποίες δεν έγινε ακτινογραφία θώρακος. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει ένα διαγνωστικό πρόβλημα, καθώς στη Λέσβο δεν υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης άλλων διαγνωστικών εξετάσεων που να διασφαλίζουν την ασφάλεια της εγκύου και του παιδιού, ενώ ο χρόνος λήψης των αποτελεσμάτων από το Ε.Κ.Α.Μ. είναι αρκετά μεγάλος (μεγαλύτερος του μήνα) γεγονός που μερικές φορές δημιουργεί πρόβλημα στην επιλογή του είδους της αντιμετώπισης σε ότι αφορά τη φαρμακευτική κάλυψη της εγκύου.

Ιδιαίτερη σημασία για τον έλεγχο της διασποράς της νόσου έχει η συμμόρφωση των ασθενών στη χορηγηθείσα φαρμακευτική αγωγή. Κατά τη διάρκεια συλλογής των στοιχείων της έρευνας διαπιστώθηκε ότι κατά κανόνα, πλην ελάχιστων εξαιρέσεων, άτομα στα οποία

είχε χορηγηθεί χημειοθεραπεία για Λ. Φ. δεν προσέρχονταν για τον απαραίτητο μηνιαίο έλεγχο τυχόν παρενεργειών. Τέθηκε το ερώτημα αν αυτό γίνονταν λόγω του ότι εργάζονται τις πρωινές ώρες και δεν είχαν τη δυνατότητα να προσέλθουν, ή αν δεν είχαν ακολουθήσει τη θεραπεία που τους είχε συστηθεί. Ερευνώντας τα αρχεία που τηρεί ο ΣΥ. ΦΑ.Λ., που είναι ο μόνος που διακινεί φάρμακα στο νησί, διαπιστώθηκε ότι για την περίοδο 2006 - 2009 δόθηκαν 415 κουτιά INH, φάρμακο που είχαν συνταγογραφήσει οι γιατροί του νοσοκομείου Μυτιλήνης. Υπολογίζοντας την ημερήσια δόση και το χρόνο θεραπείας, αν θεωρήσουμε ότι το συγκεκριμένο φάρμακο δόθηκε αποκλειστικά σε μετανάστες, φαίνεται ότι το έλαβαν 46 άτομα στο σύνολο των 112 ατόμων στα οποία συστήθηκε. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν ακολουθήθηκε η θεραπευτική αγωγή από όλους σε όσους συστήθηκε αποδεικνύοντας ότι το επίπεδο συμμόρφωσης, κυρίως των μεταναστών ασθενών, στη θεραπεία είναι χαμηλό.

Η μη συμμόρφωση του ασθενούς αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα τόσο για τον έλεγχο της νόσου όσο και για την εξαφάνισή της. Η παγκόσμια εμπειρία έχει δείξει ότι ένα ποσοστό 20-50% των ασθενών δεν συμμορφώνεται στη χορηγούμενη θεραπεία, λόγω διαφόρων παραγόντων όπως η κλινική βελτίωση 1-2 μήνες μετά τη θεραπεία, η μεγάλη χρονική διάρκεια του θεραπευτικού σχήματος, οι παρενέργειες των φαρμάκων κ.α. [76]. Επίσης η συμπεριφορά των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες είναι μη προβλέψιμη. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια την αποτυχία της θεραπείας, την αναζωπύρωση της φυματίωσης, την ανάγκη για επιπρόσθετη θεραπεία, την ανθεκτικότητα στα φάρμακα και συχνά το θάνατο [76].

Η ανάπτυξη αντοχής του Μ.Φ έναντι των αντιφυματικών φαρμάκων αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα των τελευταίων ετών σε ολόκληρο τον κόσμο [8]. Το 2006 αναφέρθηκε νέα μορφή της νόσου XDR-TB, με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και αντοχή στα φάρμακα δεύτερης και τρίτης γενιάς [17,21]. Η έλλειψη αντιφυματικών προγραμμάτων όπως και η μη σωστή εφαρμογή τους συμβάλλει στην αύξηση της πολυανθεκτικής φυματίωσης [77].

Ανησυχητικό είναι το φαινόμενο ύπαρξης MDR -TB σε χώρες χαμηλής επίπτωσης της νόσου [78]. Μελέτες που αφορούν στην Ελλάδα (Αθήνα, Πάτρα, και Κρήτη) δείχνουν μονοανθεκτικότητα στα αντιφυματικά φάρμακα του Μ.Φ, όπως επίσης και ύπαρξη MDR-TB και XDR-TB σε Έλληνες, επαναπατριζόμενους και μετανάστες, [29,79,80,81,82] κάτι που πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στην αντιμετώπιση της νόσου.

Η χημειοπροφύλαξη αποτελεί μια σημαντική μέθοδο αντιμετώπισης της νόσου, και θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ένα οργανωμένο αντιφυματικό πρόγραμμα, λαμβάνοντας υπόψη ότι σε χώρες όπου η επικράτηση της νόσου κυμαίνεται σε χαμηλά ποσοστά η επαναμόλυνση είναι σπάνια [19]. Επίσης η φαρμακευτική αγωγή στην προκειμένη περίπτωση εξασφαλίζει την προσωπική υγεία του ασθενούς και κατά συνέπεια συμβάλλει στη προστασία της Δημόσιας Υγείας [76]. Πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι η θεραπεία πρέπει να είναι μακροχρόνια λόγω του μεγάλου χρόνου αναδιπλασιασμού των μυκοβακτηριδίων [66,83].

Εκτός των άλλων θα πρέπει να σημειωθεί ότι το κόστος του φαρμάκου (INH), το οποίο συστήνεται από τους γιατρούς του νοσοκομείου είναι 2,05 ευρώ ανά κουτί το οποίο καλύπτει περίπου τη μηνιαία θεραπεία ενός ενήλικα, γεγονός που το εντάσσει στα μη ακριβά φάρμακα.

Εκτός από τις θετικές ΦΑ., για τις οποίες χορηγήθηκε θεραπευτική αγωγή, υπήρξαν και περιπτώσεις 186 ατόμων που η θετική ΦΑ. κυμαινόταν μεταξύ 6 – 20 mm στους οποίους είχε προηγηθεί εμβολιασμός, σύμφωνα με το ληφθέν ιστορικό, και δεν χρειάστηκε να λάβουν φαρμακευτική αγωγή. Σε έρευνά τους οι Tissot και συν [48] και Mantadakis και συν [50] επισημαίνουν ότι η εκτίμηση της θετικής ΦΑ. θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά ώστε να μην οδηγούμαστε σε λάθος συμπεράσματα και υποβάλλεται ο εξεταζόμενος σε θεραπεία χωρίς να υπάρχει λόγος.

2.3.4. Μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Τα παιδιά των μεταναστών χωρίς έγγραφα τα οποία δεν ελέγχθηκαν με ακτινογραφία θώρακος ήταν 8.511, αριθμός πολύ μεγάλος καθώς ένα ποσοστό εξ αυτών θα μπορούσε να είναι μολυσμένο και να μεταδίδει την νόσο. Στον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των αντρών, γυναικών και των παιδιών σχετικά με την ακτινογραφία θώρακος υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις παρατηρούμενες και αναμενόμενες συχνότητες ως προς την πραγματοποίηση της, επιβεβαιώνοντας την σημαντικότητα της μη πραγματοποίησης ακτινογραφίας θώρακος στα παιδιά.

Παρ' όλα αυτά πρέπει να επισημανθεί ότι δεν πραγματοποιείται έλεγχος με ΦΑ ούτε στους ενήλικες ούτε στα παιδιά, γιατί στη συγκεκριμένη φάση δεν έχει διαγνωστική αξία λόγω των

αμφίρροπων αποτελεσμάτων που συχνά δίνει σε καταπονημένα άτομα. (Τα υποσιτισμένα παιδιά έχουν αρνητική ΦΑ, η οποία θα πρέπει να γίνεται 3-6 μήνες μετά την άφιξή τους [54]. Το stress επίσης δίνει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, το οποίο είναι εμφανές κατά την άφιξη των μεταναστών χωρίς έγγραφα [66]). Υπάρχει δηλαδή περίπτωση να υπάρχουν παιδιά με ενεργό ή και λανθάνουσα φυματίωση ορισμένα εκ των οποίων πιθανώς μολύνθηκαν κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους από τα ενήλικα άτομα που βρέθηκαν με ενεργό φυματίωση.

Παρόλο που οποιασδήποτε ηλικίας άτομα μπορεί να προσβληθούν από φυματίωση [43], στα παιδιά λόγω του ανώριμου ανοσοποιητικού τους συστήματος η μόλυνση καθίσταται ευκολότερη με ταχύτερη εξέλιξή της σε νόσο [72] και με αυξημένο κίνδυνο θανάτου [69] και σοβαρών επιπλοκών [12]. Τα παιδιά με λανθάνουσα φυματίωση αποτελούν «δεξαμενή» για την μελλοντική μετάδοση της νόσου μετά την ενεργοποίησή της στην ενηλικίωση [43].

Ο κίνδυνος νόσησης και διασποράς της νόσου είναι μεγάλος αν ληφθούν υπόψη τα παρακάτω:

1. Στα Κέντρα Διοικητικής Κράτησης των μεταναστών χωρίς έγγραφα οι συνθήκες διαβίωσης περιγράφονται ως πολύ άσχημες με σημαντικά προβλήματα στις συνθήκες υγιεινής και στις εγκαταστάσεις, ελλιπή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, απουσία βασικού ιατρικού εξοπλισμού, δυσκολίες για την παραπομπή στο νοσοκομείο η οποία καθίσταται πολλές φορές αδύνατη, ενώ υπήρξαν και περιπτώσεις απουσίας διερμηνέων, γεγονότα που στην Λέσβο οδήγησαν στο κλείσιμο του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης των μεταναστών χωρίς έγγραφα, όπως έχει ήδη αναφερθεί.

2. Ο κύριος τρόπος μετάδοσης της νόσου είναι αερογενώς από τα αιωρούμενα σταγονίδια, που αν και καταστρέφονται εύκολα από την ηλιακή ακτινοβολία, παραμένουν ζωντανά στο σκοτάδι, σε αποξηραμένα πτύελα και στο νερό για μεγάλο χρονικό διάστημα ενώ είναι ανεπηρέαστα στο ψύχος. Η μετάδοση της νόσου επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η παραμονή σε σχετικά μικρούς και κλειστούς χώρους, η μη τακτική ανανέωση ή ανακύκλωση του αέρα, ο μη καλός φωτισμός και ηλιασμός του χώρου, καθώς και η στενότητα επαφής μεταξύ ατόμων που διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη [43,84,85].

Οι νέες τεχνικές ανίχνευσης της νόσου, όπως η εξέταση πτυέλων με την μέθοδο PCR¹¹, και η εξέταση αίματος IGRA, μέθοδος διάγνωσης Λ.Φ, που μετράει την ιντερφερόνη- γ ¹² που παράγεται μετά την μόλυνση από φυματίωση και δεν επηρεάζεται από τον εμβολιασμό με BCG και τα NTM [2,86], θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στον έλεγχο εγκύων γυναικών καθώς και παιδιών όμως δεν εφαρμόζονται στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα των παραπάνω μεθόδων είναι πιο αξιόπιστα σε σχέση με τις κλασικές μεθόδους που εφαρμόζονται σε ευρεία κλίμακα [87,88].

Για το ίδιο ζήτημα μη ελέγχου μικρών παιδιών και γυναικών σε εγκυμοσύνη, αναφέρθηκε σε έρευνα των Hogan και συν [59] όπου σε αντίστοιχη περίπτωση στην Αγγλία και Ουαλία παρουσιάστηκαν αντίστοιχα προβλήματα στη διάγνωση της φυματίωσης σ' αυτές τις ομάδες των μεταναστών χωρίς έγγραφα επισημαίνοντας την ανάγκη εφαρμογής πιο αξιόπιστων μέσων διάγνωσης της φυματίωσης στα σημεία εισόδου των μεταναστών στη χώρα γιατί, αν και η σημερινή τάση πρόληψης της νόσου είναι να γίνεται έλεγχος στις χώρες καταγωγής των μεταναστών, στους παράνομους μετανάστες δεν μπορεί να εφαρμοστεί αυτή η στρατηγική ελέγχου.

Ο έλεγχος των ακτινογραφιών που έγιναν στους ενήλικες μετανάστες χωρίς έγγραφα στη Λέσβο, έδειξε 31 ακτινογραφίες με ένδειξη φυματίωσης εκ των οποίων οι 25 είχαν παράλληλα και θετική ΦΑ ενώ οι 6 είχαν αρνητική, ενώ όλες οι περιπτώσεις παραπέμφθηκαν για περαιτέρω έλεγχο ώστε να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη φυματίωσης.

Οι συνθήκες μετακίνησής και διαμονής των μεταναστών χωρίς έγγραφα μέχρι τα σύνορα, αλλά και εντός της χώρας μας δεν είναι ιδανικές, και τα άτομα αυτά δυνητικά έχω αποτελέσει πυρήνες μετάδοσης της νόσου τόσο στους συγγενείς τους όσο και σε αυτούς που διέμεναν ή μετακινήθηκαν μαζί τους, ενώ αν δεν ληφθούν απαραίτητα μέτρα, κινδυνεύουν και αυτοί που λόγω επαγγέλματος έρχονται σε επαφή με αυτούς.

¹¹ PCR: Μοριακή μέθοδος που βασίζεται στην ανίχνευση του μυκοβακτηριδιακού DNA και RNA στα πτύελα.

¹² Ιντερφερόνη- γ : Ανήκει στην ομάδα των ιντερφερόνων, πρωτεϊνών που παράγονται από τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς αυτά αντιδρούν στην παρουσία παθογόνων ιών, μικροβίων ή παρασίτων και στην παρουσία κακοηθών νεοπλασιών.

Αναφέρθηκε ότι κατά τη διάρκεια των ετών που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, σε έλεγχο που έγινε με ΦΑ, βρέθηκαν θετικοί, και έλαβαν αγωγή 2 Αστυνομικοί και 2 Λιμενικοί. Ο ένας εκ των Λιμενικών είχε ευρήματα και στην ακτινογραφία θώρακος. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις δεν αποδείχθηκε ότι η μόλυνση οφείλεται σε μετάδοση από επαφή με μετανάστη χωρίς έγγραφα. Παρόλα αυτά επισημαίνεται ο κίνδυνος που διατρέχουν κάποιοι επαγγελματίες οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τους πληθυσμούς αυτούς και οι συνέπειες που μπορούν να υπάρξουν όταν δεν λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας που ενδείκνυνται για αυτές τις περιπτώσεις.

2.3.5. Έλληνες και μετανάστες μαθητές.

Όπως αναφέρουν οι Spyridis και συν [46] τα προγράμματα διαλογής είναι χρήσιμα γιατί συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου ενώ ο Brassard και συν [45] εκτός των άλλων, αναφέρουν ότι με αυτό τον τρόπο ελέγχεται έμμεσα το οικογενειακό περιβάλλον και οι συγγενείς των μαθητών.

Το τέταρτο δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 3.427 μαθητές των δημοτικών σχολείων του νησιού εκ των οποίων στους 2.780 πραγματοποιήθηκε ΦΑ, όπου βρέθηκε χαμηλός κίνδυνος μόλυνσης, τόσο στους Έλληνες όσο και τους μετανάστες.

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφοροποίηση στο αποτέλεσμα της ΦΑ μεταξύ των παιδιών η ομάδα των μαθητών του δείγματος διαχωρίστηκε σε αντίστοιχες υποομάδες σε ότι αφορά τον τόπο διαμονής (πόλη της Μυτιλήνης ή χωριά), τη χώρα προέλευσης (Ελλάδα ή μετανάστες) όπως επίσης και το τυχόν θετικό αποτέλεσμα αν είχε προηγηθεί ή όχι εμβολιασμός. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Βρέθηκαν 12 παιδιά (0,43%) με θετική ΦΑ στο σύνολο των μαθητών, χωρίς να έχει προηγηθεί εμβολιασμός, ενώ δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των παιδιών όσον αφορά την χώρα καταγωγής τους (50% Έλληνες, 50% αλλοδαποί).

Παρόλα αυτά μια προσεκτικότερη παρατήρηση στα αποτελέσματα μας δείχνει ότι ενώ τα 6 παιδιά Ελληνικής καταγωγής με θετική ΦΑ προέρχονται από ένα σύνολο 2.598 Ελλήνων μαθητών (0,23%), οι αλλοδαποί μαθητές με θετική ΦΑ προέρχονται από ένα σύνολο 182 μαθητών (3,2%) γεγονός που δηλώνει ότι η ύπαρξη φυματικής λοίμωξης είναι μεγαλύτερη

στους αλλοδαπούς μαθητές. Ένα ακόμα στοιχείο που προκύπτει είναι ότι 11 από τα 12 παιδιά που βρέθηκαν με θετική ΦΑ χωρίς να έχει προηγηθεί εμβόλιο, (Έλληνες και αλλοδαποί) προέρχονται από τα σχολεία των χωριών.

Στο στατιστικό έλεγχο που έγινε υπήρξε διαφορά ανάμεσα στην περιοχή διαμονής (πόλη ή χωριό) και την εθνικότητα των εξεταζομένων με τα παιδιά, ελληνόπουλα και μετανάστες να είναι περισσότερα των χωριών από ότι της πόλης, διαφορά στατιστικώς σημαντική.

Ως προς την εθνικότητα και το φύλο των εξεταζόμενων μαθητών, υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις συχνότητες μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Ελλήνων και αλλοδαπών μαθητών). Επίσης σε σχέση με την εθνικότητα των μαθητών και το αποτέλεσμα θετικής ΦΑ δεν υπήρχε σημαντική εξάρτηση μεταξύ τους καθώς δεν υπήρχε σημαντική εξάρτηση μεταξύ της σχέσης φύλου με το αποτέλεσμα θετικής ΦΑ. Τέλος δεν υπήρξε σημαντική εξάρτηση ανάμεσα στο αποτέλεσμα της θετικής ΦΑ και της περιοχής διαμονής των μαθητών (πόλη ή χωριά).

Εκτός του στατιστικού ελέγχου, ανάμεσα στην περιοχή διαμονής των μαθητών και της εθνικότητάς τους, για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τις υπόλοιπες συγκρίσεις θα πρέπει να γίνει έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχαν παιδιά μεταναστών που είχαν θετική ΦΑ, στα οποία είχε προηγηθεί εμβολιασμός στις χώρες προέλευσής τους γεγονός που καταδεικνύει την παγκόσμια προσπάθεια που γίνεται για την καταπολέμηση της νόσου ιδιαίτερα σε χώρες όπου τα ποσοστά της νόσου είναι υψηλά, όπως επίσης υπήρχαν παιδιά τα οποία ενώ είχαν εμβολιαστεί, η ΦΑ ήταν αρνητική [89]. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε χώρα ανάλογα με τις ανάγκες της τηρεί ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα εμβολιασμών [52].

Σε ότι αφορά έρευνα που έγινε σε εθνικό επίπεδο το 2006 από τους Παναγιωτόπουλο και συν [55], ως προς το σκέλος της που αφορούσε τη φυματίωση, τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι υπήρξε ποσοστό θετικής ΦΑ 0,40% σε σύνολο 3.704 μαθητών. Ως προς το σκέλος της χώρας καταγωγής των μαθητών και της θετικής ΦΑ 9 μαθητές ήταν Ελληνικής καταγωγής από τους 3.508 και 7 αλλοδαποί μαθητές από τους 181 μαθητές. Εκτιμήθηκε ότι είναι αυξημένος ο κίνδυνος μόλυνσης στους αλλοδαπούς μαθητές σε σχέση με τους Έλληνες μαθητές. Ως προς το σκέλος της κατοικίας αστικών – αγροτικών περιοχών 12 μαθητές στο

σύνολο των 2.837 μαθητών προέρχονταν από αστικές περιοχές και 4 μαθητές στο σύνολο των 867 μαθητών προέρχονταν από αγροτικές περιοχές, καθώς επίσης δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αστικές και αγροτικές περιοχές.

Σε παλαιότερη αναδρομική μελέτη στον Έβρο του Mantadakis και συν [50] σχετικά με τα αποτελέσματα της ΦΑ σε 8.588 μαθητές ηλικίας 6-7 ετών την περίοδο 1988-2004, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι, η θετικότητα της ΦΑ ήταν ανεξάρτητη του φύλου. Η διαφορά στη θετικότητα ΦΑ μεταξύ παιδιών του γηγενούς πληθυσμού και των μεταναστών που γεννήθηκαν την περίοδο 1993 -2004 ήταν ιδιαίτερα σημαντική, καθώς στα παιδιά των μεταναστών υπήρχαν περισσότερες θετικές ΦΑ. Διαφορές βρέθηκαν και μεταξύ των παιδιών που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές (8.1%), σε ημιαστικές (6,4%) και αστικές (3,5%).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα ταυτίζονται με αυτά των δύο προηγούμενων ερευνών.

Στην παρούσα έρευνα ο Φ.Δ.Δ. βρέθηκε στο 0,03%, ο οποίος συγκρινόμενος με προηγούμενη έρευνα που έγινε στη Λέσβο την περίοδο 1991-1993 και διακυμάνθηκε από 0,00% έως 3%, φαίνεται να βρίσκεται σε καλύτερη θέση. Στην έρευνα αυτή, που πραγματοποιήθηκε σε 9.065 μαθητές δημοτικών σχολείων, γυμνασίων και Λυκείων της νήσου Λέσβου καθώς και στα ιδρύματα ανιάτων της Αγιάσου Λέσβου (τρόφιμους και εργαζόμενους) την περίοδο 1991 ως 1993 ¹³ έδειξε ότι ο Φυματικός Δείκτης Διαμόλυνσης (Φ.Δ.Δ.)¹⁴ για την περίοδο αυτή, στις ηλικίες 6 ως 18 ετών διακυμάνθηκε από 0 % έως 3%. Χαρακτηριστικό στοιχείο της παραπάνω έρευνας ήταν ότι στα άσυλα ανιάτων μεταξύ 150 τροφίμων βρέθηκε ποσοστό 46,60% με θετική ΦΑ. και μεταξύ 41 εργαζομένων 68,20%, χωρίς να έχει προηγηθεί εμβολιασμός, τουλάχιστον κατά την τελευταία δεκαετία, ούτε στους τροφίμους ούτε στους εργαζόμενους.

¹³ Αδημοσίευτη έρευνα με θέμα «Δείκτης διαμόλυνσης ΤΒC στους μαθητές και μαθήτριες των δύο πρώτων βαθμίδων εκπαίδευσης στη νήσο ΛΕΣΒΟ» που διενεργήθηκε από την πνευμολογική κλινική του νοσοκομείου Μυτιλήνης την περίοδο 1991 ως 1993 σε σύνολο 9.056 ατόμων. Τα αποτελέσματα της δε δημοσιεύτηκαν λόγω θανάτου του διευθυντή της κλινικής.

¹⁴ Φ.Δ.Δ. Είναι το ποσοστό των ατόμων μιας συγκεκριμένης ηλικίας που έχουν θετική ΦΑ σε μια δεδομένη χρονική περίοδο άσχετα αν εκδηλώσουν ή όχι τη νόσο. Λαμβάνονται υπόψη μολύνσεις μόνο >10mm, ώστε να αποτραπούν οι περιπτώσεις μόλυνσης από ΝΤΕ τα οποία δίνουν θετική ΦΑ έως 10mm. Αν ο δείκτης είναι κάτω του 1% θεωρείται ότι η φυματίωση είναι υπό έλεγχο. Αν υποδεκαπλασιασθεί σημαίνει ότι έχει εκριζωθεί η νόσος.

Παρόλα τα μικρά ποσοστά θετικής ΦΑ δεν παύει το πρόβλημα να είναι υπαρκτό, όπως αναφέρεται και σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε από τον Aivazi και συν [49] στη Βόρειο Ελλάδα. Επίσης παρατηρούνται μεταβολές στην επικράτηση της φυματίωσης στην διάρκεια των ετών όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται και στην αναδρομική μελέτη των Mantadaki και συν στον Έβρο [50]. Δεν παύει όμως η μέθοδος της ΦΑ να δείχνει μια εικόνα της νόσου στον υπό έλεγχο πληθυσμό.

2.3.6. Ανήλικοι μετανάστες χωρίς έγγραφα.

Την πέμπτη ομάδα του δείγματος αποτέλεσαν το προσωπικό και οι τρόφιμοι της Μονάδας Φιλοξενίας Ανήλικων μεταναστών χωρίς έγγραφα. Το προσωπικό που ελέγχθηκε, βρέθηκε αρνητικό στην ΦΑ.

Μεταξύ των ανήλικων μεταναστών χωρίς έγγραφα βρέθηκαν 3 άτομα με διάμετρο ΦΑ 15 – 20 mm και 1 άτομο με διάμετρο ΦΑ 21 – 25 mm στα οποία πραγματοποιήθηκε περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος, αλλά δεν χορηγήθηκε αντιφυματική αγωγή λόγω του ότι δεν μπορούσε να διασφαλιστεί η λήψη της, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά δεν παραμένουν για μεγάλο διάστημα στη Μονάδα φιλοξενίας και τα αποτελέσματα των εξετάσεων καθυστερούν να δοθούν.

Στο στατιστικό έλεγχο που έγινε, δεν διαπιστώθηκε σημαντική εξάρτηση μεταξύ του προηγθέντος εμβολιασμού στους ανήλικους μετανάστες χωρίς έγγραφα και του αρνητικού ή θετικού αποτελέσματος της ΦΑ. Βέβαια για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα θα πρέπει να γίνει έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων.

Παρόλα αυτά το γεγονός της ανεύρεσης ανηλικών ατόμων με θετική ΦΑ θέτει ζήτημα αξιοπιστίας της εφαρμοζόμενης πολιτικής ελέγχου της φυματίωσης στα σημεία εισόδου στη χώρα μας, σ' αυτήν την ομάδα μεταναστών χωρίς έγγραφα, καθιστώντας αναγκαία την εφαρμογή πιο αξιόπιστων μέσων διάγνωσης.

Αν ληφθεί υπόψη αφενός μεν ότι τα άτομα που μένουν σε ιδρύματα, (ορφανοτροφεία, [54] προσφυγικούς καταυλισμούς [76] κ.α.) θεωρούνται επιρρεπείς ομάδες ως προς τη νόσο, αφετέρου δε την καθυστέρηση στη διάγνωση λόγω της βραδείας ανάπτυξης της νόσου, είναι υπαρκτός ο κίνδυνος διασποράς της νόσου τόσο στα άτομα που διαμένουν μαζί τους όσο και

στον υπόλοιπο πληθυσμό καθώς η μετάδοση της νόσου ευνοείται από σειρά παραγόντων π.χ. την ηλικία, τη στενότητα επαφής, την καθυστέρηση στη διάγνωση της νόσου, κ.ά. Το ποσοστό κινδύνου εξέλιξης της νόσου στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες κυμαίνεται μεταξύ 10-20% [23].

2.4 Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ότι ο επιπολασμός της νόσου στη Λέσβο εμφανίζεται, στο μεγαλύτερο ποσοστό στους μετανάστες ενώ μικρότερο ποσοστό αυτού εμφανίζεται στο γηγενή πληθυσμό.

Το γεγονός της εμφάνισης και στην Ελλάδα όλο και περισσότερων νέων περιπτώσεων φυματίωσης μας αναγκάζει να είμαστε πιο προσεκτικοί απέναντι στη νόσο διότι συχνά, λόγω και της αυξανόμενης ανθεκτικότητας της στα φάρμακα, αυτές δεν θεραπεύονται εύκολα.

Σχετικά με το αν είναι αποτελεσματικές οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι ελέγχου της φυματίωσης, η ανίχνευση νέων περιπτώσεων φυματίωσης στους ενήλικες είναι ελλιπής, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τους μετανάστες χωρίς έγγραφα, καθώς ελέγχονται μόνο με ακτινογραφία θώρακα, μέθοδος η οποία μπορεί να ελέγξει μόνο την ενεργό μορφή της νόσου και όχι την λανθάνουσα, ενώ στον υπόλοιπο πληθυσμό γίνεται μόνο παθητικά, καθώς μόνο το 7,1% του πληθυσμού του νησιού ελέγχθηκε όλα τα χρόνια της έρευνας, και δεν βασίζεται σε οργανωμένα προγράμματα. Επίσης δε λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα ενεργοποίησης της νόσου 2-5 χρόνια μετά την άφιξη των μεταναστών στις χώρες διαμονής τους.

Επιπλέον, ο ακτινολογικός έλεγχος δεν έχει από μόνος του διαγνωστική αξία, καθώς μπορεί να διαγνωστεί μόνο η ενεργός μορφή της νόσου, ενώ το ίδιο διαπιστώνεται και για τη ΦΑ καθώς αμφισβητείται η διαγνωστική της αξία λόγω του ότι μας δείχνει ψευδώς θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα. Στη Λέσβο όμως δεν υπάρχει δυνατότητα εύκολης πρόσβασης σε άλλες διαγνωστικές μεθόδους, πιο αποτελεσματικές, οι οποίες να πραγματοποιούνται σε εύλογο χρονικό διάστημα.

Άτομα τα οποία έρχονται σε επαφή με μετανάστες, κυρίως λόγω της φύσης της δουλειάς τους (προσωπικό νοσοκομείων αστυνομικοί, λιμενικοί κ.ά.), δεν ελέγχονται περιοδικά, όπως θα έπρεπε, για τον κίνδυνο νόσησης και μετάδοσης της νόσου στον υγιή πληθυσμό.

Η αναζήτηση των περιπτώσεων φυματίωσης ανάμεσα σε οικονομικούς μετανάστες δεν γίνεται πριν αυτοί διασπαρθούν μέσα στην χώρα, παρά μόνο όταν απαιτηθεί η έκδοση άδειας παραμονής με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη πιθανότητα άνευ λόγου μετάδοσης της νόσου. Παρόλα αυτά σε χώρες με υψηλά ποσοστά μετανάστευσης όπως η Αγγλία και η Αμερική στις οποίες εφαρμόζεται η μέθοδος αναζήτησης των ασθενών λίγο πριν ή λίγο μετά την είσοδο τους στη χώρα, φαίνεται ότι τελικά ανιχνεύονται μόνο το 40-60% των περιπτώσεων φυματίωσης [41].

Σε αντίθεση με τον παθητικό έλεγχο νέων περιπτώσεων που εφαρμόζεται στους ενήλικες κατοίκους του νησιού, που γίνεται συνήθως με ακτινογραφία θώρακος, οι έλεγχοι που διενεργούνται στα σχολεία του νησιού γίνονται με ΦΑ, μέθοδος η οποία μπορεί να διαγνώσει την Λ.Φ μορφή της νόσου, και εφαρμόζονται κάθε χρόνο έτσι ώστε στο τέλος του δημοτικού σχολείου να έχει ελεγχθεί το σύνολο των μαθητών.

Καθώς οι κακές συνθήκες διαβίωσης, ο ιδρυματισμός, οι καταστάσεις που καταπονούν τον οργανισμό όπως οι διάφορες ασθένειες, ο υποσιτισμός κ.τ.λ. αποδεδειγμένα συμβάλλουν όχι μόνο στη μετάδοση της νόσου αλλά και στη νόσηση από αυτή, δεν μπορούμε παρά να συμπεράνουμε ότι οι οικονομικοί μετανάστες και οι μετανάστες χωρίς έγγραφα, αλλά και το άμεσό περιβάλλον τους, λόγω του ότι υφίστανται τις παραπάνω καταστάσεις, αποτελούν πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Κατά συνέπεια όλοι οι εργαζόμενοι που έρχονται σε επαφή με τους παραπάνω πληθυσμούς χωρίς να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας θεωρούνται επίσης ομάδες υψηλού κινδύνου.

Επιπλέον αν εξετάσουμε τις χώρες προέλευσης των μεταναστών χωρίς έγγραφα της παρούσας έρευνας, θα δούμε ότι προέρχονται από εμπόλεμες περιοχές (Αφγανιστάν, Σομαλία, Παλαιστίνη) όπου οι συνθήκες ευνοούν την επικράτηση και μετάδοση της νόσου. Θα πρέπει δε να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., στο Αφγανιστάν ο επιπολασμός της νόσου είναι περίπου 34/100.000, ενώ στη Σομαλία είναι ακόμη υψηλότερος και ανέρχεται σε 54/100.000 [90].

Οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι θεραπείας δεν είναι αποτελεσματικές σε όλες τις περιπτώσεις κυρίως λόγω του ότι παρουσιάζονται προβλήματα στο επίπεδο συμμόρφωσης των ασθενών στις οδηγίες της θεραπείας, σε συνδυασμό με τη μεγάλη χρονική διάρκεια του θεραπευτικού σχήματος και της ανυπαρξίας μεθόδων ελέγχου λήψης φαρμάκων όπως αυτή των DOTS.

Ειδικότερα, για τους μετανάστες χωρίς έγγραφα υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη θεραπεία, ενώ στο Κέντρο Φιλοξενίας Ανηλίκων στην Αγιάσο της Λέσβου δεν τους δίνεται καμία αγωγή, για τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών του μικροβίου, λόγω του σύντομου χρόνου παραμονής τους σε αυτό.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι μετανάστες χωρίς έγγραφα δεν παραμένουν στη Λέσβο για μεγάλο χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα μετά το κλείσιμο του Κέντρου Διοικητικής Κράτησης στην Παγανή Μυτιλήνης, και παρόλο που παρέχεται στους πάσχοντες δωρεάν το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής για διάστημα εννέα μηνών, οι υπηρεσίες του νησιού δεν είναι σε θέση να ελέγξουν την θεραπευτική πορεία της νόσου στα άτομα αυτά. Οι μετανάστες χωρίς έγγραφα δεν προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας και δεν λαμβάνουν τα συνιστώμενα φάρμακα με πιθανές αιτίες αφενός την έλλειψη χρημάτων, αλλά και το φόβο της σύλληψης και απέλασής τους. Για το λόγο αυτό αποτελούν εστίες διασποράς της νόσου κυρίως μεταξύ τους και σε μικρότερο βαθμό στο γηγενή πληθυσμό.

Οι συνέπειες από την ύπαρξη αθεράπευτων ατόμων που εμφανίζουν λανθάνουσα φυματίωση αφορούν στον κίνδυνο μελλοντικής εμφάνισης ενεργού φυματίωσης στα άτομα αυτά, ενώ στα άτομα με ενεργό φυματίωση στην άμεση διασπορά της νόσου στον υπόλοιπο πληθυσμό. Πρέπει δε να αναφερθεί η περίπτωση των εγκύων καθώς και μικρών παιδιών μεταναστών χωρίς έγγραφα, που καθώς δεν ελέγχονται κατά την είσοδό τους στη χώρα μας υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να υπάρχουν μεταξύ τους άτομα που να εμφανίζουν μια εκ των παραπάνω μορφών της νόσου. Παρόλα αυτά πρέπει να τονιστεί ότι καθώς οι επαφές του γηγενούς πληθυσμού με τα άτομα αυτά είναι λίγες, η πιθανότητα μετάδοσης της φυματίωσης είναι μικρή.

2.5. Προτάσεις.

Με βάση τα συμπεράσματα που προέκυψαν και από την παρούσα έρευνα, είναι εμφανές ότι η αντιμετώπιση της φυματίωσης απαιτεί, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο, κεντρικό σχεδιασμό και θεσμοθέτηση μέτρων, η αποτελεσματικότητα των οποίων θα κριθεί από την εφαρμογή τους σε τοπικό επίπεδο λαμβανομένων υπόψη και των τοπικών ιδιαιτεροτήτων.

2.5.1 Σε διεθνές επίπεδο

Λόγω της παγκόσμιας σημασίας του προβλήματος της φυματίωσης χρειάζεται παγκόσμια συνεργασία για την αντιμετώπιση της νόσου, ιδιαίτερα σήμερα εξαιτίας της εύκολης μετακίνησης των ανθρώπων. Για το επίπεδο αυτό είναι προφανές ότι ο κάθε ερευνητής δεν μπορεί παρά να συμφωνήσει με τα μέτρα που προτείνονται από διεθνείς οργανισμούς, όπως ο ΠΟΥ κ.α. τα οποία είναι:

A. Η πολιτική δέσμευση των Κυβερνήσεων για συνεχή προσπάθεια με στόχο την εξάλειψη των παραγόντων που συμβάλλουν στην μετάδοση, εξάπλωση και διατήρηση της νόσου (όπως η φτώχεια, οι πόλεμοι, η μετανάστευση, το HIV, κ.α.) μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων και αυξημένης και σταθερής χρηματοδότησης της ενίσχυσης των ανθρώπινων πόρων που απαιτούνται για κατάρτιση και διαχείριση της νόσου.

B. Η χρηματοδότηση της έρευνας για νέα φάρμακα, εμβόλια και διαγνωστικές μεθόδους.

Γ. Η χρηματοδότηση και δημιουργία προγραμμάτων εφαρμογής των DOTS σε συνδυασμό με φτηνά και αποτελεσματικά φάρμακα ιδιαίτερα στις φτωχές χώρες και

Δ. Η άμεση συνεργασία των κυβερνήσεων αλλά και των μη κυβερνητικών οργανώσεων για την καλλίτερη αντιμετώπιση της νόσου.

2.5.2. Σε εθνικό επίπεδο (επίπεδο κεντρικής κυβέρνησης).

Το κράτος έχοντας επιτελικό ρόλο είναι αυτό που θα νομοθετήσει το θεσμικό πλαίσιο, θα συντονίσει τις αναγκαίες δράσεις, θα επιβλέψει την εφαρμογή τους σε εθνικό επίπεδο και θα κάνει τις απαραίτητες βελτιώσεις εφόσον απαιτηθεί, ενώ παράλληλα θα πρέπει να χρηματοδοτήσει την διαδικασία και να κατανείμει ορθολογικά τους αναγκαίους πόρους. Συνοψίζοντας τα παραπάνω προτείνονται τα εξής:

α. Δημιουργία του αναγκαίου νομοθετικού πλαισίου αλλά και έλεγχος της εφαρμογής του, το οποίο θα διευθετεί προβλήματα όπως αυτό της δήλωσης της νόσου, της συνεργασίας των γιατρών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην αντιμετώπιση της φυματίωσης, της μη απέλασης των πασχόντων μεταναστών χωρίς έγγραφα, της οικονομικής ενίσχυσης των πασχόντων έως ότου θεραπευτούν και επιστρέψουν στην εργασία τους, τη θεσμοθέτηση της κάρτας υγείας - παρακολούθησης του ασθενούς, κ.ά.

β. Εφαρμογή αντιφυματικών προγραμμάτων με στόχο τη μείωση της νοσηρότητας, θνητότητας και διασποράς της φυματίωσης με την έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση των νέων περιπτώσεων, τη διατήρηση, επέκταση και εμπλουτισμό του εθνικού προγράμματος ελέγχου.

γ. Δωρεάν χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων σε όσους τα έχουν ανάγκη με παράλληλη εξασφάλιση του ότι δεν θα δίνεται φαρμακευτική αγωγή αν δεν διασφαλίζεται πρώτα η λήψη της, για τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικής φυματίωσης.

δ. Μη περικοπή προγραμμάτων λόγω οικονομικής κρίσης καθότι σε ανάλογες περιπτώσεις προέκυψαν σοβαρά προβλήματα [24].

ε. Ανάπτυξη πρωτοκόλλων αντιμετώπισης της φυματίωσης.

στ. Θεσμοθέτηση και υποστήριξη ενημερωτικών προγραμμάτων σε ομάδες στόχους (πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, σώματα ασφαλείας κ.α.), και ως προς την πρόληψη αφετέρου αλλά και ως προς θεραπεία της νόσου.

ζ. Καταγραφή των μεταναστών και θεσμοθέτηση πιστοποιητικού υγείας όπως γίνεται στην Αμερική και Κύπρο. Το πιστοποιητικό αυτό θα έχει άμεση σχέση με την άδεια παραμονής

του μετανάστη, θα ισχύει για 1 χρόνο και θα γίνεται επανέλεγχος ανάλογα με το διάστημα που θα παραμείνει ο μετανάστης στην Ελλάδα, γιατί υπάρχει περίπτωση επανενεργοποίησης της νόσου 2-5 χρόνια μετά την μετανάστευση καθώς οι περιπτώσεις διάγνωσης της νόσου πριν την μετανάστευση και αμέσως μετά από αυτή ανιχνεύουν μόνο το 40-60% των περιπτώσεων.

η. Καλλίτερη φύλαξη των συνόρων ώστε να αποτρέπεται το φαινόμενο της παράνομης εισόδου μεταναστών χωρίς έγγραφα.

2.5.3. Σε τοπικό επίπεδο.

Η επιτυχία των όποιων επιτελικών μέτρων θεσμοθετηθούν σε εθνικό-κεντρικό επίπεδο εξαρτάται απόλυτα από τα εξειδικευμένα μέτρα και τις δράσεις που θα πρέπει να ληφθούν σε τοπικό επίπεδο, στη συγκεκριμένη περίπτωση σε επίπεδο νησιού, καθώς η ουσία του προβλήματος εμφανίζεται σε τοπικό επίπεδο επηρεάζοντας τις ζωές των ανθρώπων.

Η Λέσβος συνδυάζοντας το νησιωτικό χαρακτήρα, τη μεγάλη απόσταση από το κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη) και τη θέση της στη μεθόριο, παράλληλα με το γεγονός ότι δέχεται μεγάλο αριθμό μεταναστών χωρίς έγγραφα, εμφανίζει ιδιαιτερότητες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό των μέτρων που θα προταθούν. Έτσι προτείνονται:

A. Δημιουργία αντιφυματικού ιατρείου, στελεχωμένο από ειδικευμένο προσωπικό, που θα αναλαμβάνει την παρακολούθηση και το συντονισμό της θεραπείας των ασθενών με ενεργό αλλά και λανθάνουσα φυματίωση σε συνεργασία με το νοσοκομείο της Μυτιλήνης και με τους ιδιώτες γιατρούς του νησιού. Κάθε ασθενής θα υποχρεούται να έρχεται σε επαφή με το ιατρείο αυτό, το οποίο θα πρέπει να λειτουργεί καθημερινά και τα απογεύματα προς διευκόλυνση όσων ασθενών εργάζονται, και να είναι επαρκώς στελεχωμένο και πλήρως εξοπλισμένο.

Το συγκεκριμένο ιατρείο θα αναλάβει :

A1. Τη διερεύνηση και παρακολούθηση κάθε νέου περιστατικού μολυσμένου από φυματίωση, ενεργό ή και λανθάνουσα, με την εφαρμογή συστήματος καταγραφής και αξιολόγησης της θεραπείας (παρενέργειες, μικροβιακή αντοχή, περαιτέρω εξετάσεις, πορεία

της νόσου), και την εφαρμογή κατάλληλου πρωτοκόλλου μέχρι το τέλος της θεραπείας. Σημαντικοί είναι επίσης οι περιοδικοί έλεγχοι στους θεραπευμένους ασθενείς λόγω πιθανής αναζωπύρωσης της νόσου και για το λόγο αυτό θα χρειαστεί να γίνεται επικοινωνία με τον ασθενή για την υπενθύμιση των επισκέψεων, αλλά και ανεύρεση των ασθενών που δεν είναι συνεπείς στα ραντεβού τους.

A2. Την εφαρμογή της στρατηγικής των DOTS η οποία όπου έχει εφαρμοστεί σε διεθνές επίπεδο έχει δείξει καλά αποτελέσματα. Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενή. Θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα και για τους ασθενείς που δεν θα μπορούν να επισκέπτονται το αντιφυματικό ιατρείο. Για να γίνει εφικτή η λειτουργία του ιατρείου σημαντική πρέπει να είναι η συμβολή των επισκεπτών υγείας των Κ.Υ. οι οποίοι θα αναλαμβάνουν τους απομακρυσμένους ασθενείς.

Κάθε φαρμακευτική αγωγή για τη νόσο θα πρέπει να γράφεται σε ειδικό συνταγολόγιο, αντίγραφο του οποίου θα αποστέλλεται στο αντιφυματικό ιατρείο όπως επίσης και κάθε εξιτήριο, μετά από νοσηλεία ασθενούς με φυματίωση στο νοσοκομείο, θα πρέπει να συνοδεύεται από σχετική δήλωση όπου θα τηρούνται υποχρεωτικά τα στοιχεία αυτού που έλαβε ή εξακολουθεί να λαμβάνει θεραπεία.

A3. Τη χορήγηση γραπτών οδηγιών σχετικά με τη θεραπεία της νόσου, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του υπουργείου, σε πολλές γλώσσες καθώς επίσης τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους στην αρχή και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

A4. Τις προσπάθειες ανίχνευσης και αντιμετώπισης της νόσου σε τοπικό επίπεδο (π.χ. έλεγχος στα σχολεία, το πανεπιστήμιο, τους χώρους δουλειάς, κ.τ.λ.) με τη συνέχιση εφαρμογής ΦΑ στα παιδιά του σχολείου, αλλά και των εμβολιασμών.

A5. Τον περιοδικό ιατρικό έλεγχο όλων όσων ασχολούνται με τους οικονομικούς μετανάστες και μετανάστες χωρίς έγγραφα (υγειονομικό προσωπικό, αστυνομικοί, λιμενικοί κλπ.)

B. Εξοπλισμός του νοσοκομείου με τα απαραίτητα μηχανήματα ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση της νόσου με σύγχρονες μεθόδους διότι η ακτινογραφία θώρακος και η ΦΑ δεν θεωρούνται πλέον αξιόπιστες μέθοδοι.

Γ. Διαμόρφωση θαλάμων απομόνωσης στο νοσοκομείο του νησιού με τις απαραίτητες προδιαγραφές για τη νοσηλεία ατόμων με φυματίωση.

Δ. Καταγραφή των μεταναστών και προσκόμιση πιστοποιητικού υγείας μετά από διενέργεια ΦΑ και ακτινογραφίας θώρακος. Ο έλεγχος των μεταναστών και η αναζήτηση των ασθενών να γίνεται αμέσως μετά την είσοδο τους στη χώρα, προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση της νόσου.

Ε. Πραγματοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας των μεταναστών σχετικά με τους κινδύνους υγείας και τους τρόπους προστασίας τους.

Στ. Κατασκευή κτηρίων με ανθρώπινες συνθήκες διαμονής για την παραμονή των μεταναστών χωρίς έγγραφα για όσο καιρό απαιτείται και τουλάχιστον μέχρι να ολοκληρωθεί ο ιατρικός έλεγχος ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων όπως της φυματίωσης.

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία της έρευνας μας και δεδομένου ότι το ζήτημα της μετανάστευσης θα είναι κύριο και για τα επόμενα χρόνια, σε συνδυασμό με την οικονομικά δυσάρεστη συγκυρία που βρίσκεται η χώρα μας, έτσι ώστε να καθίσταται πολύ δύσκολη η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των μεταναστευτικών πληθυσμών, κρίνεται χρήσιμη η διερεύνηση των λόγων για τους οποίους διακόπτεται η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής από τους πάσχοντες μετανάστες ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα αποτροπής του φαινομένου.

Βιβλιογραφία

1. Ράμμος, Γ. Ζιάκκα, Σ .Μοριακοί μηχανισμοί και απόπτωση στην παθογένεια της φυματίωσης. Πνεύμων 2003, 16(3):289-305.
2. Λαζοπούλου, Δ. Νέες αιματολογικές μέθοδοι διάγνωσης της λανθάνουσας φυματίωσης. Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 2007, τόμος 54, τεύχος 4. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.iatrikionline.gr/Deltio_54D_2007/07_EPIKAIRA_II.pdf , (30/5/2010).
3. World Health Organization. Tuberculosis. World Health Organization. Fact sheet No 104, March 2010. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html> , (17/5/2010).
4. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008 – 2012. Αθήνα. 2008. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/METADOTIKA_TELIKO.pdf,
(2/12/2009).
5. Τσέλου, Θ. Αδαλή, Ε. Μέτρα πρόληψης της μετάδοσης της φυματίωσης στο νοσοκομείο. Νοσηλευτική 2006.45(4):470-475.
6. Adam, P. Herzlich, C. Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής. ΕΑΠ, Πάτρα, 1999 15-27.
7. Γουργουλιάνης, Κ. Η φυματίωση στην Ελλάδα τον 20ο αιώνα Στο: Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 85-106.
8. Πολίτης, Γ. Αρμενάκη, Ο. Πολυανθεκτική φυματίωση. Στο: Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 425-436.

9. Hadjichristodoulou, C. Vasilogiannakopoulos, A. Spala, G. Mavrou, I. Kolonia, V. Marinis, E. et al. Mycobacterium tuberculosis transmission among high school students in Greece. *Pediatr Int.* 2005, 47: 180–184.
10. Γιατρωμανωλάκης, Ν. Μπαχλιτζανάκης, Ν. Παθογένεια φυματίωσης. Στο: Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 5-84.
11. Καπετανγιώργης, Α. Κατσουγιαννόπουλος, Β. Τσάρα, Β. Κωνσταντινίδης, Θ. Χριστάκη, Π. Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97. *Πνεύμων* 2000, 3(1):73-78.
12. Walls, T. Shingadia, D. Global epidemiology of paediatric tuberculosis. *Journal of Infection* 2004, Volume 48, Issue 1:13-22.
13. Πρατσίδου-Γκέρτση, Π. Σύγχρονες απόψεις για τη φυματίωση. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος* 18(3), 2006, σ. 256-265. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.paediatriki.gr/data/issue3/05-Pratsidou.pdf> (16/12/2009).
14. Mariner, K. The role of law in controlling epidemics: lessons from TB, HIV and SARS, in *The Role of Health Law, Bioethics and Human Rights to Promote a Safer and Healthier World*, PL de Faria, Lisbon: Luso-American Foundation. 2006: 123-182.
15. Anonymous, Meeting of the International Task Force for Disease Eradication, January 2010 – Tuberculosis: review and recommendations, *WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD* No. 12, 2010, 85, 109–116. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.who.int/wer/2010/wer8512.pdf> (17/5/2010).
16. World Health Organization. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report “WHO/HTM/TB/2009.426”. World Health Organization. Geneva: 2009 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598866_eng.pdf (4/3/2010).

17. Shah, S. Pratt, R. Armstrong, L. Robinson, V. Castro, K. Cegielski, P. Extensively drug-resistant tuberculosis in the United States, 1993-2007. JAMA, 300 (18), 2008, pp: 2153-2160.
18. Pai, M. Menzies, R. Diagnosis of latent tuberculosis infection in adults. Up To Date. 2010.
19. Μάγειρα, Ε. Η ανοσογενετική της φυματίωσης στον Ελληνικό πληθυσμό. Νοσοκομειακά Χρονικά 2008, τεύχος 70, συμπλήρωμα :45-49. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.sseh.gr/Journal/pdfs/2008/2008_70_5_45.pdf (26/2/2010).
20. Wendy, W. Yuan, L. Naus, M. Corey, P. Edelson, J. Heywood, N. et al. Expanding the epidemiologic profile: risk factors for active tuberculosis in people immigrating to Ontario". CMAJ 163(7), 2003, pp: 823-8. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/163/7/823> (16/1/2010).
21. Heysell, S. Fridland, G. Epidemiology of extensively drug-resistant tuberculosis. Up-To-Date. 2010.
22. Cain, K. Benoit, S. Winston, C. Mac Kenzie, W. Tuberculosis among foreign-born person in the United States. JAMA 2008, Volume 300, no. 4: 405-412. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/300/4/405> , (16/12/2009).
23. Horsburgh, R. Epidemiology of tuberculosis. Up To Date. 2010.
24. Hollo, V. Amato-Gauci, A. Kodmon, C. Manissero, D. Tuberculosis in the EU and EEA/EFTA countries - what is the latest data telling us .Eurosurveillance 2009 vol. 14, no. 11-19: 4-7. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N11/art19151.pdf> , (16/1/2010).
25. Nikolaidis, G. Zavras, D. Bonikos, D. Kyriopoulos, J. Trends of mortality Rates during the last thirty years in Greece. Journal of Medical Systems 2004, vol. 28, no 6: 607-616.

26. World Health Organization. Tuberculosis surveillance in Europe 2008. European Centre for Disease Prevention and Control Sweden 2010

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/78856/E93600.pdf (10/10/2010).

27. Εθνικό Τυπογραφείο. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Β.Δ. 3/9 Νοεμ.1950 (ΦΕΚ 262 Α /1950) Περί μέτρων καταπολέμησης επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δήλωσης αυτών.

28. Χούχουλα, Δ. Σκαρμούτσου, Ν. Φαβίου, Ε. Φακίρη, Ε. Νικολάου Σ. Βλέτσας, Χ. και συν. Η επιδημιολογία της πνευμονικής φυματίωσης σε ασθενείς δυο νοσοκομείων της Αθήνας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(1):52-62 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:<http://www.mednet.gr/archives/2006-1/pdf/52.pdf> , (10/12/2009).

29. Jelastopulu, E., Alexopoulos, E., Venieri, D., Tsitos, G. Komninu, G. Costantinidis, T. et al. Substantial underreporting of tuberculosis in West Greece-implication for local and national surveillance. Eurosurveillance 2009, vol.14, no.11-19:14-17. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N11/art19152.pdf> , (16/1/2010).

30. Stuckler, D. King, L. Basu, S. International monetary fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. PloS Medicine 5(7), 2008, p.e143. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050143>, (27/6/2010).

31. Ζαχαριάς, Κ. Η εξέλιξη της φυματίωσης στην Ελλάδα κατά τον τελευταίο αιώνα. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.1996.Διδακτορική Διατριβή.

32. Γιακουμή, Π. Στον «αέρα» η «Villa Azadi».Εμπρός.14/07/2010 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.emprosnet.gr/Current/?EntityID=8027cba8-3a30-471d-aa31-67472dd8a62b>, (15/7/2010).

33.Υπουργείο Εσωτερικών. «Επιτήρηση των εξωτερικών συνόρων της Ε.Ε. και έλεγχος της παράνομης μετανάστευσης κ.τ.λ.».Αθήνα. 2008 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

34.Νικολακόπουλος, Δ. Πίεση Ε.Ε. στην Τουρκία για τους μετανάστες. Το Βήμα. 30/5/2009. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

35. Εθνικό Τυπογραφείο. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 163/2002, τεύχος Α Νόμος 3030. Κύρωση του Πρωτοκόλλου για την εφαρμογή του άρθρου 8 της Συμφωνίας μεταξύ της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Κυβέρνησης της Δημοκρατίας της Τουρκίας για την καταπολέμηση του εγκλήματος, ιδιαίτερα της τρομοκρατίας, του οργανωμένου εγκλήματος, της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών και της παράνομης μετανάστευσης.

36. Μπαλάσκα, Σ. Ασφυξία λόγω βμηνης κράτησης.Ελευθεροτυπία.7/8/2009. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

37. Γιατροί Χωρίς Σύνορα. Μετανάστες χωρίς έγγραφα. Ζωές υπό κράτηση. Ελλάδα 2010.Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

38. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής. Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα και το στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος MIGHEALTHNET το 2009. Ιατρική Σχολή Αθηνών.
[88](http://mighealth.net/el/images/3/30/%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7_%CE%B3%CE%B9%CE%B1_%CF%84%CE%B7%CE%BD_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1_%CF%84%CF%89%CE%BD_%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%8E%CE%BD_%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1_17%CE%9C%CE%B1%CF%81%CF%84%CE%AF%CE%BF%CF%852009.pdf (22/8/2010).</p></div><div data-bbox=)

39. Παπαδημητρίου, Γ. Οργή για το κολαστήριο Παγανής. Ελευθεροτυπία 9/11/2009 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο :<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=80293> (15/7/2010).
40. Ανώνυμος. Μπήκε λουκέτο στο Κέντρο της Παγανής Λέσβου. Ελευθεροτυπία. 2/11/2009. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=97810> (15/7/2010).
41. Μαγκίνα –Βλαχαντώνη, Ν. Μαρκαντωνάκη, Δ. Η φυματίωση στους μετανάστες και άστεγους. Στο: Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 :625-650.
42. Τσαγγαρίδου, Ι. Συμβατικές απεικονιστικές μέθοδοι στη φυματίωση. Στο Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004: 357-370.
43. Μπίρμπα, Γ. Χαϊμάδη, Σ. Ανίχνευση νέων περιπτώσεων φυματίωσης. Στο Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004: 541-548.
44. Magkanas, E. Drakonaki, E. Voloudaki, A. Nerantzoulakis, I. Gcurtsoyiannis M. Chest radiography and tuberculosis case-finding in asymptomatic native and immigrant populations in Greece. *Int J Tuberc Lung Dis* 9(8):865–869.
45. Brassard, P. Steensma, C. Cadieux, L. Lands, L. Evaluation of a school-based tuberculosis screening program and associate investigation targeting recently immigrated children in low-burden country. *Pediatrics* 2006, vol 117.pp: e148-e156 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/2/e148> , (8/12/2009).
46. Spyridis, P. Tsofia, M. Gelesme, A. Moustaki, M. Spyridis, N. Sinaniotis, C. et al. The impact of Greece’s childhood tuberculosis screening programme on the Epidemiological indexes in the greater Athens area. *The INT J TUBERC LUNG DIS* 2003, 7 (3) :248-253

47. Δρίτσας, Σ Αδράκτα, Δ. Χατζηγεωργίου, Γ. Σαρρής, Γ. Χαλκιαδάκη, Δ. Γούλας, και συν. Επιπολασμός των ηπατίτιδων Β και C, της HIV-λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους μετανάστες χωρίς έγγραφα των Αθηνών . Ιατρική 1996, 70(4): 347-350.
48. Tissot, F. Zanetti, G. Francioli, Zellweger, P. Zysset, F. Influence of Bacille Calmette-Guerin Vaccination on Size of Tuberculin Skin Test Reaction: To What Size? CID 2005, 40: 211-7. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/426434> , (6/2/2010).
49. Aivazis, V. Vasiliadis, A. Aivazi, D. Zardava, G. Sakellaropoulou, A . Papadimitriou, E. et al. Evaluation of tuberculin skin test in unvaccinated 0 to 7 year-old children of northern greece. Pediatrics 2008, vol 121 (2). pp: S160-S161. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/121/Supplement_2/S160-a (21/2/2010).
50. Mantadakis, E., Arvanitidou, V., Tsalkidis, A., Ramatani, A. Triantafillidou, E. Trypsianis, et al. Changes in tuberculin sensitivity among first-grade students of elementary schools in Evros, Greece due to immigration. Public Health 2009, 123: 618-622.
51. Ζαχαριάς, Κ. Δαμιανού, Γ. Αντιφυματικός εμβολιασμός. Στο: Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 569-579.
52. Pereira, S. Dantas, O. Ximenes, R. Barreto, M. BCG Vaccine against tuberculosis: its protective effect and vaccination policies. Rev Saude Publica 2007,vol 42, no 1.
53. Von Reyn, F. BCG vaccination. 2009. UpToDate. 2010.
54. Mandalakas, A. Kirchner, L. Iverson, S. Chesney, M. Spencer, M. Silder, A. et al Predictors of mycobacterium tuberculosis infection in international adoptees. Pediatrics 2006, vol.120, pp: 610-616. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/120/3/e610> (21/2/2010).

55.Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Έκθεση: Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού και συχνότητας φυματικής λοίμωξης στα παιδιά, 2006, Αθήνα. 2009. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://www.ich.gr/imagebank/File/emvolia_tblimoxi_2006_ekthesi.pdf,\(13/5/2010\)](http://www.ich.gr/imagebank/File/emvolia_tblimoxi_2006_ekthesi.pdf,(13/5/2010)).

56. MacPherson, D. Gushulak, B. Balancing prevention and screening among international migrants with tuberculosis: Population mobility as the major epidemiological influence in low-incidence nations. *Public Health* 2006, 120:712-723

57. Lillebaek, T. Andersen, A. Dirksen, A. Smith, E. Skovgaard, L. Jensen, A. Persistent high incidence of tuberculosis in immigrants in a low –incidence country. *Emerging Infectious Diseases* 2002, Vol.8, No 7. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol8no7/01-0482.htm>, (16/1/2010).

58. DeRiemer, K. Chin, D. Schechter, F. Reingold, L. Tuberculosis among immigrants and refugees. *Arch Intern Med* 1998, Vol 158. pp: 753-760. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/158/7/753> ,(13/2/2010).

59. Hogan, H. Coker, R. Gordon, A. Meltzer, M. Pickles, H. Screening of new entrants for tuberculosis: responses to port notifications. *Journal of Public Health* 2005, Vol. 27, No. 2, pp. 192-195. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/27/2/192.full.pdf> , (13/2/2010).

60. Murray, M. Molecular epidemiology and the dynamics of tuberculosis transmission among foreign –born person”. *CMAJ* 2002, Vol.167, No.4. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/167/4/355>, (16/1/2010).

61. Menzies, D. Screening immigrants to Canada for tuberculosis: chest radiography or tuberculin skin test . *CMAJ* 2003, 169(10). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC236229/>, (16/1/2010)

62. Mulder, C. Klinkenberg, E. Manissero, O. Effectiveness of tuberculosis contact tracing among migrants and the foreign-born population. *Eurosurveillance* 2009, vol.14, no. 11. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N11/art19153.pdf> (16/1/2010).

63. Παπαβασιλείου, Α., Ραυτοπούλου, Α., Σκρουμπέλου, Α. Ταμβάκης, Β. Βαρόνου, Ε. Κουμαντάκης, Π. και συν. Επιδημιολογικές μεταβολές της φυματίωσης στην Ελλάδα, από τη συνεχιζόμενη μετανάστευση. Πνεύμων 2005,18(1) :74-83.
64. Dahle, U. Eldholm, V. Winje, B. Mannsaker, T. Heldal, E. Impact of imigration on the molecular epidemiology of micobacterium tuberculosis in a low-incidence country. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2007, Vol 176. pp: 930-935. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://171.66.122.149/cgi/reprint/176/9/930> (16/1/2010).
65. Vos, A. Meima, A. Caspar, S. Looman, W. Bos, V. Borgdorff, M. et al. High incidence of pulmonary tuberculosis persists a decade after immigration, the Netherlands. Emering Infectious Diseases 2004, vol. 10, no.4. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no4/03-0530.htm>, (12/2/2010).
66. Dasgupta, K. Menzies, D. Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees. European respiratory journal 2005, 25 (6): 1107- 1116. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://erj.ersjournals.com/content/25/6/1107.full>,(9/12/2009).
67. Γαβανά, Μ. Τσουκανά, Π. Γιαννακόπουλος, Ε. Σμυρνάκης, Ε. Μπένος, Α. Επάρκεια εμβολιαστικής κάλυψης κατά την εγγραφή στο σχολείο. Έρευνα χρονικής στιγμής σε μαθητές αστικού πληθυσμού Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 22(4), 2005, σ. 358-369. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2005-4/pdf/358.pdf> , (2/12/2009).
68. Medicines Sans Frontieres. Running out of breath? TB care in the 21st century. Medecins Sans Frontieres: Campaign for Access to Essential Medicines. Geneva 2004. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.msf.org/source/annual/tbday/2004/TBDay2004report.doc>, (27/2/2010).
69. Skevaki, C. Kafetzis, D. Tuberculosis in Neonates and Infants: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and management issues. Pediatr Drugs 2005, 7(4): 219-234

70. Εθνικό Τυπογραφείο. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 62/1991, τεύχος Α Προεδρικό Διάταγμα υπ. αριθ. 157, Αύξηση αμοιβών ιατρικών επισκέψεων και ιατρικών και των οδοντιατρικών πράξεων.

71. World Health Organization , TB data (Data collected from TB control programmes and estimates generated by WHO) Table A-9 New smear-positive case notification by age and sex, 1995–2008. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/a-9_full.pdf, (4/3/2010).

72. Πρατσίδου, Π. Ανοσογενετική μελέτη της παιδιατρικής φυματίωσης με έλεγχο της ενδοοικογενειακής διασποράς. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. 1996. Διδακτορική διατριβή.

73. International Organization for Migration European research on migration and health: Background Paper. Belgium. 2006. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.migrant-health-europe.org/files/Research%20on%20Migrant%20Health_Background%20Paper.pdf (16/1/2010).

74. Fernandes, A. Backstrom, B. Padilla, B. Malheiros, J. Perelman, J. Dias, S. Conceptual Framework. In: Fernandes, A. & Miguel, J.(eds). Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society. Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge. Portugal 2009: 23-32. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/89916BBA-2C9C-48D2-979C-DEA62DA6ABC3/18919/HealthMigrationEU2.pdf> , (13/2/2010).

75. Carballo, M. Communicable Diseases. In: Fernandes, A. & Miguel, J.(eds). Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society. Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge. Portugal 2009: 53- 66. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/89916BBA-2C9C-48D2-979C-DEA62DA6ABC3/18919/HealthMigrationEU2.pdf> , (13/2/2010).

76. Παπαβασιλείου, Α. Τσαρουχά, Α. Παρακολούθηση και προβλήματα της πνευμονικής φυματίωσης. Στο:Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 437-452.
77. Χριστόπουλος, Α. Συσχέτιση της επιπτώσεως ενεργού φυματικής λοιμώξεως με το μέγεθος της δερματικής αντιδράσεως σε δοκιμασίες με 2,4-δινιτροχλωρεβενζένιο και φυματίνη επί ασθενών σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Πανεπιστήμιο Πατρών. 2006. Διδακτορική Διατριβή.
78. Anderson, L. Laurenson, I. Blatchford, O.Shakir, E. McMenemy, J. Johnston, F. et al Trends in multidrug-resistant tuberculosis in Scotland, 2000-7. Eurosurveillance 2009, vol. 14, no. 11. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N11/art19149.pdf>, (16/1/2010).
79. Καναβάκη, Σ. Καράμπελα, Τσαγκαράκης, Ν. Κωσταντινίδου, Σ. Ιωαννίδης, Π. Πεφάνης, Α. και συν. Η αντοχή του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικά φάρμακα. Ελληνικά δεδομένα για την δεκαετία 1997-2006. Ιατρική 92(5), 2007, σ. 414-420.
80. Trakada, G. Tsiamita, M. Spiropoulos, K. Drug-resistance of mycobacterium tuberculosis in Patras,Greece. Monaldi Arch Chest Dis 2004, 61:1,pp: 65-70 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://archest.fsm.it/pne/pdf/61/1/pne61-1_12trakada_tbcorner.pdf ,(13/2/2010).
81. Neonakis,I. Gitti,Z. Baritaki, M. Kourbeti, I. Baritaki, S. Petinaki, E. et al Resistance status of Mycobacterium tuberculosis on the island of Crete, Greece. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2007, 26: 607-609.
82. Fegou, E. Jelastopulu, E. Nicolaou, S. Sevdali, M. Anagnostou, S. Kanavaki, S. et al. Comparison of the manual mycobacteria growth indicator tube and the test with the method of proportion for susceptibility testing of mycobacterium tuberculosis. Microbiology 2006, 52: 174-177.
83. Ανευλάβης, Ε. Λοιμώξεις αναπνευστικού. Φυματίωση. Παρισιάνος, Αθήνα: 1986.

84. Τσίτουρα, Α. Παπαδάκης, Ε. Παπαδάκης, Γ. Μετάδοση της φυματίωσης. Στο Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 85-106.
85. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Κατευθυντήριες οδηγίες για την προφύλαξη του προσωπικού από λοιμώδη νοσήματα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Αθήνα. 2007. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.keelpno.gr/images/stories/keelpno/ekdoseis/Infections_Book.pdf (16/1/2010).
86. Briassoulis, G. Karabatsou, I. Gogoglou, V. Tsorva, A. BCG vaccination at three different age groups: response and effectiveness. Journal of Immune Based Therapies and Vaccines 2005, 3:1. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.jibtherapies.com/content/3/1/1> (22/2/2010).
87. Παπαφράγκας, Ε. Νεώτερες τεχνικές στην εργαστηριακή διάγνωση της πνευμονικής της φυματίωσης. Στο: Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 329-335.
88. Τουμπής, Μ. Νέα διαγνωστικά μέσα για την λανθάνουσα φυματίωση δοκιμασίες στηριζόμενες στην απελευθέρωση IFN-γ. Πνεύμων 2007, 20 (3) : 220-225.
89. World Health Organization , TB data (Data collected from TB control programmes and estimates generated by WHO) Table A-1 Estimated epidemiological burden of TB, all forms, 1990–2008. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/a-1_full.pdf,(4/3/2010).
90. Γιαμπουδάκης, Π., Ποδάρας, Σ. Παθογένεια της φυματίωσης. Στο Αναγνωστοπούλου, Ο. Αρμενάκη, Ο. Γιαμπουδάκης, Π. Καρβουνάς, Ν. Τουμπής, Μ. (Επιμ), Φυματίωση, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα, 2004 : 107-114.